



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**  
Centro de Ciências Humanas  
Faculdade de Educação da Baixada Fluminense

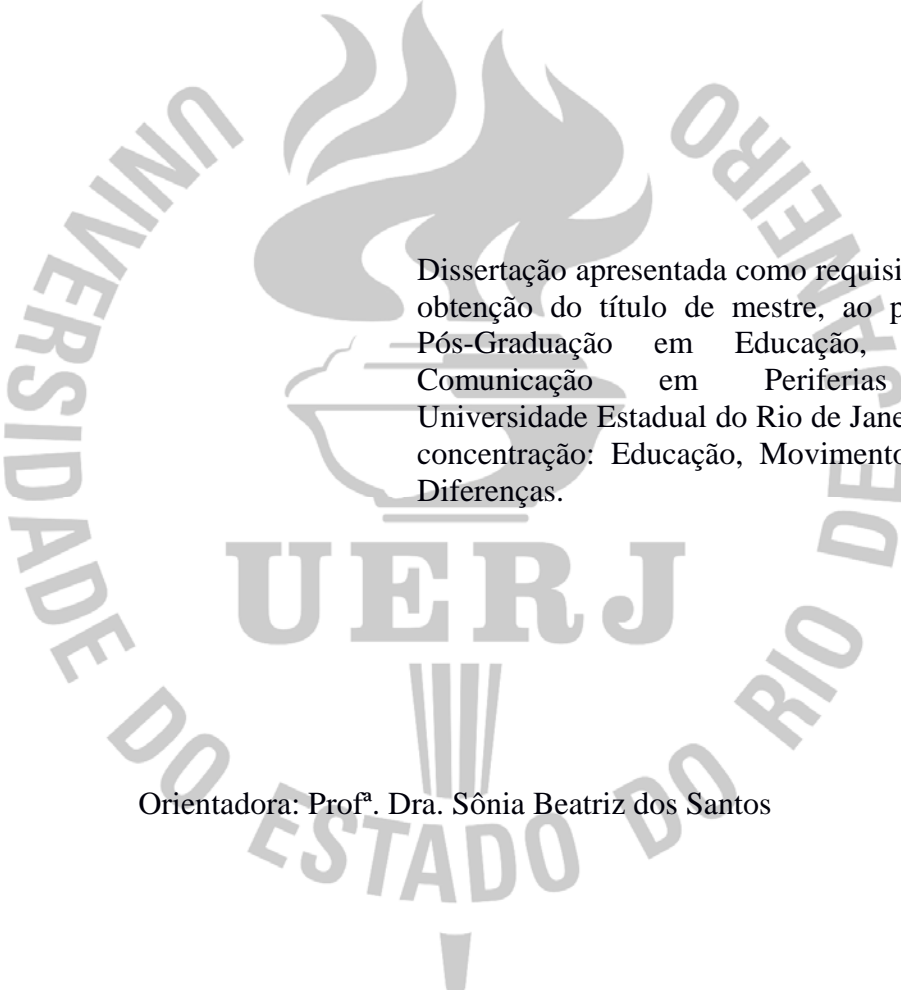
Karina de Cássia Caetano

**Pairamos: educação popular em saúde com gestantes e puérperas**

Duque de Caxias  
2018

Karina de Cássia Caetano

**Pairamos: educação popular em saúde com gestantes e puérperas**



Dissertação apresentada como requisito final para obtenção do título de mestre, ao programa de Pós-Graduação em Educação, Cultura e Comunicação em Periferias Urbanas Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Área de concentração: Educação, Movimentos Sociais e Diferenças.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dra. Sônia Beatriz dos Santos

Duque de Caxias

2018

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ/REDE SIRIUS/ BIBLIOTECA CEHC

C128 Caetano, Karina de Cassia  
Tese Pairamos: educação popular em saúde com gestantes e puérperas /  
Karina de Cássia Caetano - 2018.  
95f.

Orientadora: Sônia Beatriz dos Santos

Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Educação da Baixada  
Fluminense, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

1. Educação popular - Teses. 2. Grávidas - Teses I. Santos, Sônia  
Beatriz dos . II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de  
Educação da Baixada Fluminense. III. Título.

CDU 37.014.2

Bibliotecária: Lucia Andrade CRB7 / 5272

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta  
dissertação, desde que citada a fonte.

---

Assinatura

---

Data

Karina de Cássia Caetano

**Pairamos: educação popular em saúde com gestantes e puérperas**

Dissertação apresentada como requisito final para obtenção do título de mestre, ao programa de Pós-Graduação em Educação, Cultura e Comunicação em Periferias Urbanas, Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Área de concentração: Educação, Movimentos Sociais e Diferenças.

Aprovado em: 25 de abril de 2018.

Banca examinadora

---

Prof<sup>ª</sup>. Dra Sônia Beatriz dos Santos (orientadora)  
Faculdade de Educação da Baixada Fluminense – UERJ

---

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Ana Paula Ribeiro  
Faculdade de Educação da Baixada Fluminense – UERJ

---

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Maria Renilda Nery Barreto  
Centro Federal de Educação Tecnológica Celso Suckow da Fonseca

---

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Eliane Portes Vargas (Suplente)  
Fundação Oswaldo Cruz – Instituto Oswaldo Cruz

Duque de Caxias

2018

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho às minhas mães e a cada mulher que sofre com a desumanização dos  
nossos corpos.

## AGRADECIMENTOS

Às moradoras e moradores do Morro do Preventório, por compartilharem vivências em suas casas trazendo uma realidade que me situa e me faz continuar na luta.

Às e os estudantes extensionistas da frente de saúde, pelo compromisso que assumiram com as mulheres-mães utilizando a saúde e a educação como instrumentos para transformação social, e por me permitirem somar.

A professora Sônia, que me acolheu com sensibilidade no complexo processo de desenvolvimento deste trabalho; bem como as e os colegas da FEBF (e além dela), especialmente aquelas e aqueles que empreendem a luta por uma universidade que não esteja a serviço do privilégio.

Às minhas companheiras de casa e a tantas outras mulheres (da militância e do cotidiano). Elas me lembram que não estou sozinha e me fazem perceber que juntas nós somos!

À minha família por tanto carinho, amparo e privilégios que possibilitaram que eu chegasse até aqui. Especialmente as minhas mães Zinha e Taca, imensos e maravilhosos referenciais do que é ser mulher-mãe.

Ao sagrado, que se manifesta hora de formas sutis, hora avassaladoras, segredando mistérios que me fazem intuir, abrindo e protegendo os caminhos.

## RESUMO

CAETANO, K. *Pairamos: educação popular em saúde com gestantes e puérperas*. 2018. f. Dissertação (Mestrado em Educação, comunicação e cultura em periferias urbanas) – Faculdade de Educação da Baixada Fluminense, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Duque de Caxias, 2018.

Esse estudo analisou as práticas educativas propostas a partir de um grupo de apoio a gestantes e puérperas. A pesquisa foi realizada em colaboração, com um projeto de extensão que atua a partir da educação popular em saúde. Participavam do projeto mulheres-mães, do Morro do Preventório, Niterói, RJ e estudantes de medicina. Esta dissertação objetivou analisar as experiências vividas neste grupo de grávidas de maioria negra e pobre, a fim de compreender como se construíram as práxis de educação popular em saúde e se estas auxiliaram a repensar a forma como as e os participantes vivenciam parto e nascimento. A partir da perspectiva interseccional gênero, raça e classe foram pautados a fim de descrever a estrutura social, manifesta por relações de privilégios ou de desigualdades. O trabalho se volta tanto para a compreensão das mulheres-mães sobre suas condições de vida e saúde; quanto para a compreensão das e dos estudantes de medicina extensionistas que, por meio do projeto de extensão, experienciaram perspectivas de saúde num percurso dialógico com as participantes. Os temas e as metodologias, as pessoas envolvidas e as transformações possíveis construíram um modo próprio de aprender-ensinar com gestantes, puérperas e estudantes. Eram garantidos espaços de escuta; valorizadas a solidariedade e a luta pela transformação social; realizada a troca de saberes científicos e populares por meio de problematizações, questionamentos, relatos de experiência e muita conversa. Nestas atividades de educação popular em saúde, circularam conhecimentos sobre cuidados; gênero, violências e resistências; parto e nascimento; saúde da mulher e da família; direitos com foco em classe e raça e transformação social. Apresentamos aqui, por meio de narrativas autobiográficas o que representaram as dimensões de trocas de saberes e afetos a partir de um grupo de educação popular em saúde, numa perspectiva interseccional.

Palavras-Chave: Mulheres-mães. Interseccionalidade. Gênero. Raça. Educação popular em saúde.

## RESUMEN

CAETANO, K. *Pairamos: educación popular en salud con mujeres embarazadas y recién madres*. 2018. f. Dissertação (Mestrado em Educação, comunicação e cultura em periferias urbanas) – Faculdade de Educação da Baixada Fluminense, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Duque de Caxias, 2018.

Ese estudio analizó las prácticas educativas propuestas en un grupo de apoyo a embarazadas y recién madres. La investigación ha sido realizada en colaboración, con un proyecto de extensión que trabaja a partir de la educación popular en la salud. Participaron de lo proyecto mujeres-madres, de lo Morro do Preventório, Niterói, RJ y estudiantes de medicina. La disertación buscó analizar las experiencias vividas en lo grupo de embarazadas, de mayoría negra y pobre, intentando comprender como se construyeran las *práxis* de educación popular en salud e se estas ayudaran a repensar como las y los participantes vivencian parto e nacimiento. A partir de la perspectiva interseccional género, raza e clase fueran pautados buscando describir la estructura social, traída por relaciones de privilegios o de desigualdades. El trabajo se vuelta tanto a lo entendimiento de las mujeres-madres sobre sus condiciones de vida e salud; cuanto para el entendimiento de las y los estudiantes de medicina que, por medio del proyecto de extensión, trabajan con perspectivas de salud en diálogos con las participantes. Los temas e metodologías, las personas participantes y las transformaciones posibles, construyen un modo propio de aprender-enseñar con embarazadas, recién madres y estudiantes. Eran garantizados espacios de escucha; valorizadas la solidaridad e a lucha por la transformación social; el cambio saberes científicos y populares por medio de problematizaciones, cuestionamientos, relatos de experiencia e mucha charla. En estas actividades de educación popular en salud, circularan conocimientos sobre cuidados; género, violencias y resistencias; parto y nacimiento; salud de la mujer e de la familia; derechos con foco en clase y raza, y transformación social. Presentamos aquí, por medio de narrativas autobiográficas lo que representó las dimensiones de los cambios de los saberes y los afectos de un grupo de educación popular en la salud, en una perspectiva interseccional.

**Palabras clave:** Mujeres-madres. Interseccionalidad. Género. Raza. Educación popular en salud.



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Mãe Preta.....	57
Figura 2 - Gráfico da razão de mortalidade materna segundo cor e anos de estudo, entre os anos 2000 a 2011.....	61

## LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
Capes	Coordenação de Aperfeiçoamento Pessoal de Nível Superior
CEPCMM-RJ	Comitê Estadual de Prevenção e Controle de Morte Materna e Perinatal do Rio de Janeiro
ENADE	Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes
EPS	Educação Popular em Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
Ipea	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais, Travestis e Transgêneros
OMS	Organização Mundial da Saúde
PL	Projeto de Lei
PNEPS-SUS	Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde
ReHuNA	Rede pela Humanização do Parto e Nascimento
SUS	Sistema Único de Saúde
Ufes	Universidade Federal do Espírito Santo
Unicef	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
USF	Unidade de Saúde da Família

## SUMÁRIO

	<b>CONSIDERAÇÕES INICIAIS</b> .....	11
1	<b>(CO)LABORAR – DIMENSÕES METODOLÓGICAS DA PESQUISA</b> .....	26
1.1	<b>Escolhas para o ‘pesquisar com’</b> .....	30
1.2	<b>Desdobramentos teórico-metodológicos</b> .....	37
	<b>GESTANDO</b> .....	40
2	<b>CONTEXTOS DO CAMPO DE PESQUISA</b> .....	40
2.1	<b>Intersecção e suas conexões com a colonialidade</b> .....	48
2.2	<b>A violência obstétrica como uma violência de gênero</b> .....	56
2.3	<b>A cor da dor do parto: a questão da mãe preta e dos racismos</b> .....	66
2.3.1	<b><u>Racismos: as experiências distintas de nascer e morrer</u></b> .....	68
	<b>PAIRAMOS</b> .....	77
3	<b>UMA EXPERIÊNCIA DE EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE COM GESTANTES E PUÉRPERAS E ESTUDANTES DE MEDICINA</b> .....	77
	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	93
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	96
	<b>ANEXO A - Termo de consentimento</b> .....	109
	<b>ANEXO B – Plano de Parto</b> .....	110

## CONSIDERAÇÕES INICIAIS

### Desde onde parto

Na altura, ainda não sabia: as mulheres do mundo inteiro formam um único ventre. Todas engravidamos de todos os filhos. Dos que nascem e dos que voltam para trás.

*Mia Couto, 2015*

Minha mãe maternou, além dos meus três irmãos de sangue e eu, outras pessoas. Ainda tive o privilégio de ter outras mães além daquela que me ofereceu o ventre, o seio e me ensinou sobre o amor. Talvez, por isso, a questão das maternidades<sup>1</sup> seja tão forte para uma mulher sem filhos e, por isso, consciente de seu lugar de fala. A partir de lutas dos movimentos afirmativos a questão da posicionalidade, isto é do lugar de fala, vem se popularizando (inclusive na academia), fomentando pesquisas e práticas interessadas em reconhecer e analisar como as implicações histórico-sociais, raciais, de gênero e outras situam uma pessoa ou grupo no mundo. Chamo a atenção para as trajetórias, limites e potências de cada pessoa de acordo com as situações de privilégios ou desigualdades vividas. Começo destacando desde onde parto, ou seja, a minha posicionalidade por acreditar o quanto nossas trajetórias influem na maneira como somos no mundo, no ato de pesquisar ou nas nossas escolhas militantes.

Em 2008, durante minha licenciatura em Filosofia, iniciei um trabalho com o grupo de pesquisa e extensão *Parthos*<sup>2</sup>/Ufes e pude perceber: 1) A partir da crítica à medicina

---

<sup>1</sup> Utilizaremos o termo maternidades no plural a fim de destacar as distintas experiências de tornar-se mãe, considerando os marcadores sociais da diferença como raça, classe ou território. Concebemos as maternidades como frutos de construções históricas, sociais e políticas. Consideramos as maternidades uma entre outras funções sociais que uma mulher pode exercer, mas para qual não possui nenhuma característica instintiva (organizar essas ideias perpassa por pensar minha própria decisão de exercer ou não essa função). Em seu recorte de gênero, as maternidades circunscrevem diversas mulheres que se ocupam de gestar, parir e cuidar. Além disso, a cada cria, uma só mãe experimenta vivências de maternidades diferentes. Compreendemos que o termo comporta também o ato de maternar. Neste sentido, as maternidades serão também sinônimo de maternagens. Isto é, cuidar e educar suas filhas e filhos em âmbito doméstico, visto que tais aspectos podem ser divididos com outros atores sociais como a escola. O termo ultrapassa o aspecto biologizante, ao reforçar que mulheres que adotam também se tornam mães. “O termo maternidade alberga realidades muito complexas que escapam do estritamente biológico. No entanto, os discursos hegemônicos ocultaram, inclusive nas Ciências Sociais, os elementos históricos, sociais e culturais das experiências maternas, projetando uma ideia monolítica, tendenciosa e etnocêntrica da maternidade” (PUJANA, 2014, p. 21 [tradução da autora]). A polissemia do conceito e as múltiplas possibilidades de ser mãe fazem-nos pensar o termo sempre no plural, destacando suas possibilidades e contradições. Quando nos referirmos a maternidade como espaço físico, onde são realizados partos e cirurgias cesarianas em estabelecimentos hospitalares, apresentaremos o município da instituição.

<sup>2</sup> O Grupo Transdisciplinar de Pesquisa e Extensão *Parthos* surgiu na Ufes, em 2006, com a intenção de investigar aspectos psíquicos, filosóficos e sociais que permeiam as vivências de gestantes e puérperas na grande Vitória. Trabalhei junto desse grupo de 2008 a 2015, momento que venho para o Rio de Janeiro iniciar esta pesquisa de mestrado.

tecnocrática<sup>3</sup>, o quanto os cuidados com gestação estão centrados no corpo (MURTA, 2014), negligenciando aspectos psíquicos, sociais, filosóficos e espirituais; 2) Que muitas pessoas se sentem à vontade para prescrever, cobrar e deslegitimar o exercício das maternidades. Sobretudo no puerpério<sup>4</sup>, quando as atenções se centram no bebê e as mulheres-mães<sup>5</sup>, muitas vezes, se sentem sozinhas, expostas, sobrecarregadas ou culpabilizadas. Além da problemática sexista esses aspectos são agravados pelo racismo, por questões territoriais e de classe. No caso das mulheres negras, feminilidades e maternidades assumem contornos ainda mais duros associados ao processo histórico de desumanização dessas pessoas. Desde então venho repensando esses aspectos tanto por meio de diálogos e variadas trocas com outras mulheres, quanto pela via acadêmica.

A partir da necessidade de articular um debate de gênero pautado na humanização da saúde; de variados esforços para repensar e a protagonizar seus processos reprodutivos e; a se fazer palavra em experiências que visam rupturas com a exploração-dominação (SAFFIOTI, 2004) surgem muitos grupos de apoio às gestantes e puérperas (BRASIL, 2011). A partir de 2008, por exemplo, desenvolvi, junto ao grupo Parthos, as Rodas de Gestantes<sup>6</sup>. Um grupo de apoio às gestantes e puérperas, orientado por temas que iam desde as sexualidades às relações familiares e de cuidado.

Os grupos de gestantes e puérperas são um instrumento de educação em saúde e podem auxiliar uma usuária, bem como profissionais ou estudantes da saúde, a repensar o autocuidado

---

<sup>3</sup> O modelo tecnocrático ainda propaga paradigmas da ciência moderna separando o corpo físico das outras dimensões do humano. Este modelo também chamado de biomédico compreende o corpo como uma máquina que poderia ser dividida e manipulada. Em uma perspectiva cientificista, paciente permanece como objeto de intervenções baseadas nos conhecimentos técnico-científicos do saber-poder médico. É comum o atendimento ser padronizado o que, no caso do parto, faz ocorrer uma cascata de procedimentos (DAVIS-FLOYD, 2000). Além disto, o modelo tecnocrático tende a ignorar a subjetividade de paciente, seus conhecimentos e práticas de cura, podendo gerar medicalização excessiva.

<sup>4</sup> Puérperas são mulheres-mães vivenciando o período de adaptação à rotina com o bebê. Muitas relatam ser esse o período mais difícil no cotidiano de se tornarem mães. “Sobretudo no puerpério, período de grandes mudanças, a mãe é submetida a condições físicas e psíquicas que demandam muito dela: a volta para casa depois do parto, aprender a amamentar, dormir pouco, os cuidados com o bebê, as mudanças hormonais...” (MURTA *et al*, 2016, p. 33). O puerpério dura em média seis meses, mas pode se estender. Neste período, é comum as puérperas experimentarem paixões tristes como angústia, medo, vergonha e culpa.

<sup>5</sup> Embora possa parecer redundante demarcar a condição das participantes da pesquisa como mulheres e mães essa conceituação se faz em diálogo com movimentos sociais de mães feministas (SANTOS, 2017). Acredito ser importante reafirmar dentro das pautas de gênero a questão das maternidades, bem como evidenciar como o gênero traz uma experiência específica e ainda mais dura a condição de mãe. Além disso, o termo traz consigo a dimensão da construção social da maternidade (KLEIN, 2012).

<sup>6</sup> Esse percurso realizado pelo grupo *Parthos* comunga com caminhos trilhados por outros grupos de militância e ativismo pelo parto humanizado, como o Parto do Princípio e o ReHuNA (Rede pela Humanização do Parto e Nascimento). Esses grupos também acreditam que a troca de saberes pode auxiliar no protagonismo da mulher durante seu período gravídico puerperal, sendo, ainda, instrumento de transformação social.

e a saúde da família. Podem, ainda, auxiliar a refletir sobre os significados de ser mulher e mãe. Diante dessas trocas de conhecimentos e afetos entre mulheres, tenho acordo com as palavras de Mia Couto (2015), que abrem esta apresentação “as mulheres do mundo inteiro formam um único ventre” (p.227). Ou seja, estamos coletivamente implicadas nos processos de gestação, parto e nascimento (PUJANA, 2013). Mesmo que não nos tornemos mães, enquanto mulheres, estamos implicadas na trama do patriarcado.

Passar pela experiência com as Rodas de Gestantes me motivou a me tornar doula, isto é, uma profissional treinada que orienta, acolhe e ampara a mulher-mãe durante a gestação, parto e puerpério. “Doulas “maternam a mãe”” (ASSOCIAÇÃO DE DOULAS/RJ, 2018). Elas não oferecem apoio clínico, mas, sim, informações baseadas em evidências científicas e advogam pelos direitos e escolhas da mulher, podem sugerir métodos de conforto durante o parto ou facilitar a comunicação com a equipe de saúde com vistas no bem-estar da mulher-mãe. Ao oferecer este apoio a parturientes ampliei minha percepção e questionamentos sobre as maternidades.

Esta pesquisa nasce de um desejo de analisar a dimensão das práticas educativas que ocorrem por meio de grupos de apoio às gestantes e puérperas. É comum nos depararmos com mulheres que perderam o saber referente a seus processos reprodutivos, onde o parto e nascimento saíram do âmbito do conhecimento feminino para se adequar às rotinas médicas e subordiná-las ao modelo tecnocrático. “O corpo feminino, visto como desvio daquele masculino, foi olhado com suspeitas e entendido como inerentemente defeituoso, imprevisível, necessitando da manipulação masculina para poder ser ‘posto em ordem’” (DAVIS-FLOYD, 2000, p. 1). Por outro lado, podemos observar uma série de iniciativas de mulheres que buscam retomar esses saberes e ser conhecedoras de seus corpos e direitos, isto é, protagonistas de seus partos e vidas.

Mas, como acessar esse conhecimento? Encontramos muitos grupos de e com mulheres-mães na internet, em unidades de saúde da família, casas de parto e maternidades, associações livres de gestantes, doulas e equipes obstétricas. As reuniões de mulheres para discutir e compartilhar saberes referentes à maternidade ainda são encontradas em registros das mais diversas sociedades. Em comunidades tradicionais como a dos Suruí, de Rondônia, as mulheres se reúnem em malocas próprias para tratar de temas referentes às suas feminilidades e afetos (JUNQUEIRA e MINDLIN, 2003). Ou em sociedades ditas complexas, como na Inglaterra pós Primeira Guerra, onde as mulheres se reuniam em organizações civis na consolidação de direitos e em busca de novas formas de assistência perinatal. A essas reuniões de mulheres-mães podemos observar um caráter autoformador e auto-organizativo.

Os grupos de apoio às gestantes e puérperas proporcionam encontros que reinscrevem saberes referentes ao parto e nascimento no imaginário das mulheres e de seus familiares. Por meio de atividades dialogadas elas costumam discutir temas relativos às maternagens, bem como propor políticas e práticas de saúde a partir da humanização (MATOS *et al*, 2017). Em comum, diversos grupos que conheci fazem do saber compartilhado um instrumento de transformação de suas práxis. Vemos essas iniciativas de educação em saúde, vinculadas ou não ao SUS, nas mais diversas classes sociais.

Interessam-me, especialmente, as iniciativas que interseccionam as maternidades a gênero, raça e classe. Quando venho ao Rio de Janeiro iniciar esta pesquisa sobre as práticas educativas em grupo de gestantes desejo ‘discutir com’ e sobre grupos de apoio que tenham um comprometimento com classes populares e que pautem questões raciais junto a discussão sobre parto e nascimento.

## **Como cheguei ao campo**

Encerrei meu trabalho com o grupo Parthos/Ufes e encontrei no Programa de Pós-graduação em Educação, Comunicação e Cultura em Periferias Urbanas, da Uerj, uma oportunidade de avançar em minha pesquisa a partir de outros lugares e olhares. O processo tornou possível construir um estudo que dialoga com as áreas da educação popular em saúde, saúde obstétrica e puerperal e com os estudos feministas e negros.

A procura por um novo campo de pesquisa e prática junto a grupos de apoio às gestantes me aproximou das doulas da região metropolitana do Rio de Janeiro. Neste período elas lutavam pela aprovação de um Projeto de Lei (PL) que regulamentou a atuação dessas profissionais, aprovado em 15 de junho de 2016, pela Lei Estadual 7.314 (RIO DE JANEIRO, 2016). No dia 14 de junho, a fim de pressionar a homologação do PL, participei de um ato em frente ao palácio Guanabara. Reunidas, cerca de vinte doulas e mães com seus bebês, enfrentavam a hostilidade e falta de preparo do Estado. Numa pequena manifestação com cartazes e palavras de ordem pedíamos ao governador em exercício, Francisco Dorneles, que nos recebesse para esclarecimento sobre a importância da proposta, bem como assinasse o PL aprovado por unanimidade na Assembleia Legislativa; enquanto isto ocorria passamos por várias abordagens policiais. Enquanto aguardávamos, dialogávamos sobre nossas práticas sendo doulas ou mães. Nessas conversas apresentava minha intenção de pesquisa, minha crença de que os grupos de apoio às gestantes fomentam ricas trocas de saberes e minha busca por redes com mulheres-

mães negras em periferias. Diante disso, uma doula me sugeriu um grupo de gestantes que ocorria em Niterói, RJ, junto a um movimento social de luta por moradia.

Prontamente, entrei em contato via rede social com uma das facilitadoras do grupo. Expliquei minhas inquietações relativas aos grupos de grávidas e marcamos um encontro para conhecer o coletivo e o projeto. Na reunião deles, no dia 27 de junho de 2016, depois dos informes, me passaram a palavra e dedicaram uma escuta interessada a minha trajetória na educação em saúde, bem como minha crítica à medicina tecnocrática centrada, no médico, no hospital e na medicalização. Quando concluí, para minha surpresa descobri que aquele coletivo que compartilhou dessas críticas era composto majoritariamente por estudantes e profissionais da medicina.

O coletivo se formou a partir de um projeto de extensão e construiu uma frente de saúde popular articulada a um movimento social de luta por moradia, trabalhando com 1) Grupo de plantas, que realizava discussões sobre saúde como direito e uso de plantas medicinais na região do Cano Furado, São Gonçalo, RJ; 2) Grupo de apoio às gestantes e puérperas, (ou apenas, Grupo de grávidas, como costumávamos chamá-lo) no Morro do Preventório, Niterói, RJ. Saber desse tipo de ação em um departamento que é símbolo da divisão desigual do saber (CRUZ, 2013; RISTOFF, 2016) me encheu de curiosidade. Fui me aproximando desta frente de saúde, formada a época por sete estudantes de medicina e um residente em saúde coletiva.

A pedido do grupo, que se organizava para fazer uma sessão de fotos das grávidas no Parque da Cidade de Niterói, me preparei para fazer ultrassom natural, ou como preferimos chamar uma pintura na barriga. Utilizando uma técnica também conhecida como *belly mapping*, é possível deduzir a posição do bebê por meio do diálogo com a mãe e apalpando a barriga. Após esta identificação, a posição do bebê é pintada na barriga da mãe.

A possibilidade de compartilhar essa experiência me levou, no domingo de manhã, a encontrá-las na estação de Charitas – Niterói, RJ. A atividade foi subir ao Parque da Cidade, conversar sobre beleza e raça e fazer o ultrassom natural, depois tirar as fotos que comporiam o álbum da gestante, entregue ao final dos encontros. Estavam presentes quatro gestantes e duas acompanhantes, bem como três estudantes de medicina e o motorista da universidade. Antes de iniciar os ultrassons fizemos uma conversa rápida onde eu me apresentei e demarquei meu interesse de trabalhar e pesquisar com elas. A seguir, iniciei as pinturas com uma demanda cara



a quem pesquisa: aprender a ouvir<sup>7</sup> (BARROS, 2013) e a ver<sup>8</sup> (HARAWAY, 1995). Assim, inaugurei esse meu percurso, enquanto pesquisadora e colaboradora.

## O que desejo investigar

O que pretendo com essa pesquisa, a partir da observação, participação e problematização das atividades com um grupo de gestantes e puérperas, é compreender de quais maneiras as práticas de educação popular em saúde podem auxiliar na melhorar das condições de saúde dessas mulheres-mães, sobretudo se negras e pobres, bem como pode auxiliar a ampliar a formação das e dos extensionistas.

Para tanto, faz-se necessário analisar como os marcadores sociais da diferença de gênero, raça e classe implicam nas experiências vividas por essas pessoas e nas trocas de saberes. Para essa discussão, o conceito da interseccionalidade (CRENSHAW, 2002, BRASIL, 2007) auxiliará na compreensão da estrutura social, auxiliando a perceber as marcas da colonialidade (ALCOFF, 2016, 2017; LUGONES, 2014) a partir dos privilégios ou desigualdades que vivem as pessoas que participam das atividades. Discussões relacionadas a saúde das mulheres negras e os processos de violências fundamentados no racismo e sexismo serão pautadas (WERNECK, 2016; LUGONES, 2014). Por fim, analisaremos as práticas educativas e seus impactos considerando a práxis da educação popular em saúde (BRASIL, 2014a; hooks, 2013; FREIRE, 2014; PULGA, 2014)

As práticas educativas realizadas no grupo de gestantes e puérperas serão apresentadas a partir de narrativas autobiográficas (SILVA e MAIA, 2010; JOSSO, 2007; SOUZA, 2006) coletadas por meio da observação participante (RAPPORT, 2007; MURACA, 2009) durante as atividades do grupo. Objetivamos reconhecer as práticas educativas desse grupo de gestantes e puérperas, suas potencialidades e limites. Sabemos que a relação do grupo com uma universidade, tem implicações que também serão analisadas. Neste sentido, analisaremos como as atividades podem impactar na formação médica, sobretudo no trato da população pesquisada.

---

<sup>7</sup>A escuta inscreveu não só a atenção a palavra, mas também aos silêncios e silenciamentos, as expressões corporais e falas em outros espaços como em mídias sociais. A escuta em um trabalho com mulheres, em sua maioria negras, ultrapassou os limites da pesquisa e adquiriu perspectivas terapêuticas, para mim e para elas.

<sup>8</sup>Uma observação ativa e interessada que, ao mesmo tempo que assiste, nomeia e constrói. "Todos os olhos, incluídos os nossos olhos orgânicos, são sistemas de percepção ativos, construindo traduções e modos específicos de ver, isto é, modos de vida"(HARAWAY, 1995, p. 22).

Quais as práticas formativas estão postas? Como elas impactam na vida das e dos participantes? Tais práticas podem ser utilizadas para refletir sobre o contexto da saúde das mulheres negras?

### **Por que ‘pesquisar com’ e neste campo de saber?**

Vivemos num mundo fundamentado em divisões desiguais de classe, de saber, de território, dentre outros aspectos. Acreditamos que tencionando a divisão desigual do saber, as relações de poder também podem ganhar outras dimensões. Os conhecimentos compartilhados nos grupos variavam em sua complexidade, podendo tratar de relatos de experiências cotidianas até discussões sobre procedimentos médicos. Entendendo a dimensão coletiva do gestar e parir, essas ações educativas tinham a intenção de convidar as mulheres a repensar o modo de lidar com suas gestações, partos e cuidado com as crias<sup>9</sup> (BRASIL, 2011). No mesmo sentido, destacamos a importância das trocas de saberes, possíveis a partir de projetos de extensão<sup>10</sup> e pesquisa com camadas populares, capazes de apontar caminhos mais amplos e inclusivos para as experiências de ensino nas universidades.

Além de indicar um momento de protagonismo e intimidade da mulher com seu corpo, a gravidez e suas dimensões podem ser compreendidas como parte dos direitos reprodutivos e sexuais e são uma antiga pauta das feministas negras (GONZALES, 1984). Portanto, podemos observar a importância dos grupos de apoio às gestantes e puérperas: iniciativas de educação em saúde, promotoras de espaços de aprendizado, questionamentos e reflexões sobre saúde da mulher e da família.

O grupo de gestantes e puérperas pesquisado partia da educação formal, enquanto um projeto de extensão e, em sua prática, alcançava a perspectiva da educação não-formal.<sup>11</sup>

---

<sup>9</sup> Neste trabalho *cria* é utilizado para se referir a cada filha e filho de uma mulher-mãe, em referência ao movimento feminista *Mães e crias na luta*. *Cria* também pode remeter a lugar de origem, a pertencimento. Por exemplo: ser *cria da favela*.

<sup>10</sup> Entre outros projetos importantes baseados em educação popular em saúde destacamos o VER-SUS/Extensão Universitária no SUS. Nesse contexto, profissionais do SUS, estudantes da saúde e movimentos sociais puderam oportunizar vivências, trocas interdisciplinares e atividades de ensino, pesquisa e extensão (PAIM, 2016).

<sup>11</sup> Concebemos a educação para além de sua redução utilitarista ligada ao mundo do trabalho e geração de capital. "Apesar de nossa negação a esse tipo de educação legitimadora do trabalho apenas como força produtiva, como mercadoria, muito pouco temos avançado na construção de projetos de formação que ultrapassem os próprios muros do mercado de trabalho" (PEREIRA e FELDMANN, 2015, p. 17). Compreender a importância desses outros espaços formativos não significa negligenciar a necessidade da educação formal. Embora esta não seja o foco desta pesquisa, não ignoramos a importância da formação para o trabalho, sobretudo para população de mulheres negras e moradoras de favela, repetida e deliberadamente figurando em subempregos. Igualmente, entendemos a maternagem como um trabalho árduo e subvalorizado fruto de uma compreensão machista que

Ela também é muitas vezes associada à **educação popular** e à **educação comunitária**. A educação não-formal estendeu-se de forma impressionante nas últimas décadas em todo o mundo como “educação ao longo de toda a vida” (conceito difundido pela UNESCO), englobando toda sorte de aprendizagens para a vida, para a arte de bem viver e conviver (GADOTTI, p. 3, 2005, [grifos do autor]).

As ações se pautam no campo da educação não-formal, enquanto uma prática educativa intencional realizada nos encontros com as mulheres-mães. Além disso, inscreve outras práticas educativas como os atos políticos e ocupações de espaços.

Consideramos que a educação popular em saúde diz respeito ao processo de construção coletiva de conhecimentos em saúde, incluindo a população como coprodutora desses saberes e de autocuidado.

Dentre os princípios da EPS, podemos destacar a defesa intransigente da democracia em contraposição ao autoritarismo ainda comum em nossa jovem democracia; a articulação entre os saberes populares e os científicos promovendo o resgate de saberes invisibilizados no caminho de um projeto popular de saúde onde haja o sentido do pertencimento popular ao SUS; a aposta na solidariedade e na amorosidade entre os indivíduos como forma de conquista de uma nova ordem social; a valorização da cultura popular como fonte de identidade; a concepção de que a leitura da realidade é o primeiro passo para qualquer processo educativo emancipatório que vise contribuir para a conquista da cidadania (BRASIL, 2014a, p. 18).

Um percurso onde cada pessoa envolvida ensina e aprende formando uma comunidade de conhecimento (hooks<sup>12</sup>, 2013) e auxiliando a problematizar e repensar as possibilidades de atenção em saúde no território onde vivem. A educação popular em saúde é compreendida tanto como iniciativa teórico-metodológica quanto como prática social (BRASIL, 2014a). Em 2013 foi institucionalizada a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no SUS (BRASIL, 2013) apontando para possibilidades de ampliação do seu exercício junto aos profissionais e gestores da saúde. Embora a iniciativa estudada não estivesse diretamente vinculada ao SUS sabíamos que ela poderia contribuir com o cuidado das usuárias do Preventório e região e com luta em defesa do SUS, aproximando a educação à politização (FREIRE, 2014; BRANDÃO, 2006). Diante disso, durante os encontros era recorrente destacarmos a importância de lutar pelo direito a saúde pública e de qualidade. Defendemos uma educação produtora de sentidos que apontem para transformação social. “Porque, para empoderar, é necessário reinventar o poder e conquistar a autonomia, mesmo relativa” (PEREIRA e FELDMANN, 2015, p. 18-19).

---

obriga muitas mulheres a desenvolver atividades relacionadas aos cuidados de outros, de modo sub ou não remuneradas.

<sup>12</sup>Segundo autoidentificação da autora grifa-se em minúsculo.

No grupo era possível às mulheres compreender, recuperar e reelaborar ideias e práticas acerca da gestação e parto (sem claro, ignorar os avanços científicos). Coadunamos, quando se trata de enfrentamento à violência obstétrica, que “qualquer que seja a hipótese eleita para investigação, o método apresentará falha, se omitir a voz do principal sujeito ativo, protagonista do parto: a mulher” (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 19). Essas ações mais que informar as participantes sobre suas gestações, partos e educação das crias, visam contribuir com a formação e politização dessas mulheres. Assim, tornam-se “(...) instrumento político de conscientização e politização, através da construção de um novo saber, ao invés de ser apenas um meio de transferência seletiva, a sujeitos e grupos populares” (BRANDÃO, 2006, p. 46).

No campo acadêmico, embora o tema esteja na ordem do dia de muitas lutas, ainda são poucos os trabalhos voltados para análise de grupos populares de gestantes e puérperas, sobretudo aqueles que discutem a questão das mulheres-mães negras no contexto da educação popular em saúde. A fim de compreender o panorama das pesquisas neste campo do saber foi realizada pesquisa sobre produções recentes disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), em 19 e 20 de setembro de 2017 e no Banco de Teses e Dissertações da Capes, entre 21 a 29 de setembro de 2017.

Na BVS, foram utilizadas as palavras-chaves “grupo de gestantes”, “educação em saúde” e “gestantes” e um filtro por ano, que delimitou pesquisas publicadas entre 2012 a 2017, no Brasil. Para análise dos trabalhos foi feita 1) Leitura dos resumos e palavras-chave; 2) Leitura do texto completo quando esse se encontrava próximo a área de interesse dessa pesquisa. Foram encontrados 48 trabalhos, dentre eles 5 tratavam sobre o tema pesquisado. São eles:

1. *Grupos de gestantes: espaço para humanização do parto e nascimento* (MATOS *et al*, 2017). Pesquisa realizada com 10 mulheres do interior do Rio Grande do Sul visando avaliar a importância dos grupos de gestantes. Pauta como positiva e terapêutica a participação neles. No entanto, evidencia que, no momento do parto, a perspectiva humanizada ainda concorre com a medicina tecnocrática. Tal cenário faz as e os autores reafirmarem a importância dos grupos para enfrentamento da violência obstétrica.

2. *Aplicação de tecnologia leve no pré-natal: um enfoque na percepção das gestantes*. (ALVES *et al*, 2013). Discute a utilização de um jogo voltado para um grupo de gestantes, em duas Unidades Básicas de Saúde: uma em meio urbano e outra no campo, no município de Brejo Santo, CE. Destaca a importância de desenvolver e aplicar tecnologias leves, como jogos

e grupo de gestantes que promovam acolhimento, responsabilização e vínculo. Conclui que estas ações de educação em saúde são bem avaliadas pelas gestantes.

3. *O grupo Maternar... uma experiência com mulheres gestantes e com estudantes da área de saúde* (LINS e FRANCO, 2012). Apresenta a experiência na Maternidade Climério de Oliveira, Salvador, BA; onde a partir dos princípios da educação popular em saúde, gestantes e estudantes podem trocar saberes sobre a construção social da gestação, parto e nascimento. Sublinha a importância da atividade tanto para as grávidas, quando para as e os acadêmicos. Essa iniciativa se aproxima muito da estudada nessa pesquisa desenvolvendo inclusive uma atividade de ensaio fotográfico.

4. *Modelo de assistência pré-natal do extremo sul do país* (POHLMANN *et al*, 2016). Realizou entrevistas com 10 gestantes, de 3 USF's, de um município do Rio Grande do Sul. Aponta que apesar do modelo biomédico, intervencionista e hospitalocêntrico se perpetuar nas consultas de pré-natal, os grupos de gestantes são possibilidades para propagar uma perspectiva de atenção capaz de para ir além desse modelo. Conclui que os grupos se mostraram eficazes para ampliar a escuta, a formação de rede, cuidado e autocuidado.

5. *Educação em saúde para atenção à gestante: paralelo de experiências entre Brasil e Portugal* (PIO e OLIVEIRA, 2014). São apresentados resultados de um estudo comparado de dois grupos de gestantes, um no Brasil e outro em Portugal. Sendo ambos considerados educativos, embora com metodologia passiva para transmissão de conhecimentos. Há uma crítica ao número limitado de encontros e a delimitação dos temas, o que segundo as autoras ampliou a passividade das gestantes diante dos grupos.

Na pesquisa no Banco de teses e dissertações da Capes foi realizada: 1) Leitura dos resumos e palavras-chave; 2) Análise dos sumários e bibliografias das dissertações e teses que se aproximavam da área de interesse desta pesquisa; 3) Leitura dos textos completos. A partir dos filtros utilizados<sup>13</sup>, que circunscreveram pesquisas realizadas de 2012 a 2017, a base de

---

<sup>13</sup>Além dos filtros que limitaram as pesquisas dos últimos três anos, utilizamos as seguintes grandes áreas do conhecimento: Ciências da saúde; Multidisciplinar; Ciências Humanas; Áreas do conhecimento: Ensino; Ginecologia e obstetrícia; Educação em periferias urbanas; Saúde Coletiva; saúde materno infantil. Áreas de avaliação: Ensino; medicina; saúde coletiva; educação. Das seguintes áreas de concentração: Atenção integrada à saúde da criança e da mulher (37); Atenção à mulher (25); Ciclo materno-infantil; Ciências humanas e saúde (43); Ciências humanas e sociais em saúde (17); Ciências sociais em saúde (23); Educação e saúde (76); Educação na área da saúde (51); Ensino (43); Ensino em saúde (17); Formação interdisciplinar em saúde (15); Gestão de redes organizacionais de atenção à saúde (39); Gestão de tecnologia, inovação e do conhecimento em saúde (65); Gestão do cuidado e educação em saúde (1); Obstetrícia e ginecologia (65); Obstetrícia fisiológica e experimntal (8); Saúde da mulher (1); Saúde da mulher e da gestante (9); Saúde materna e perinatal (36); Saúde, ambiente e mudanças sociais (40); Saúde, educação e sociedade (45); Saúde Pública (4).

dados encontrou 616 trabalhos. Desses 43 que se aproximavam da temática, 13 trabalhos considerados relevantes para essa pesquisa foram lidos por completo, são eles:

1. *Saberes de discentes e gestantes sobre a assistência pré-natal e a construção de uma cartilha, em um ambulatório de ensino* (THOME, 2015). Destaca o diálogo entre estudantes de medicina e gestantes a fim de criar uma cartilha educativa sobre temas relacionados ao pré-natal. Aponta para percepções diferentes entre os dois sujeitos coletivos e destaca a importância de aprimorar as tecnologias de educação em saúde.

2. *A aplicabilidade de um ambiente virtual de discussão sobre aleitamento materno direcionado a gestantes e nutrizes* (MENDONÇA, 2016). As dúvidas frequentes sobre amamentação apontaram para a demanda de mais ações de educação em saúde que tratassem do tema. Assim foi indicado a criação de Tecnologias Digitais de Informação e Comunicação que culminaram na elaboração de um aplicativo e um site sobre amamentação, voltados para lactantes e profissionais da saúde, na cidade de Dourados, MT.

3. *A educação em saúde como parte da assistência à gestante e no enfrentamento ao consumo de bebidas alcoólicas sob a ótica dos profissionais de saúde que atuam no pré-natal de um hospital universitário da região metropolitana II do estado do Rio de Janeiro* (DIAS, 2016). Estudo realizado junto a 16 profissionais do Hospital Universitário Antônio Pedro a fim de analisar as estratégias de educação em saúde com vistas no enfrentamento do problema de consumo de álcool durante a gestação. Por meio de entrevistas constatou-se a insatisfação dos profissionais devido ao curto tempo das consultas e carência de equipe multiprofissional para atividades de educação em saúde.

4. *Percepção e atuação de gestores e profissionais de saúde sobre promoção do aleitamento materno em um hospital amigo da criança do Pará* (LUZ, 2014). Pesquisa realizada na Santa Casa da Misericórdia, Pará, com 22 profissionais de saúde. Entrevistas foram feitas para compreender as ações de educação em saúde voltadas para sensibilização sobre o Aleitamento Materno Exclusivo. Os cursos de sensibilização e orientação se mostraram importantes para formação dos profissionais, sendo necessário a equipe multidisciplinar estar comprometida cotidianamente com a iniciativa.

5. *Análise da autonomia da gestante na escolha do tipo de parto* (MELO, 2016). Por meio de entrevista com 80 gestantes, usuárias de uma USF, em Goiânia, analisou o grau de autonomia delas para a escolha do tipo do parto. Criticou a falta de iniciativas de educação em

saúde que auxiliem na escolha esclarecida. Além disso, indicou a necessidade de revisão e aperfeiçoamento dos programas de atendimento a gestantes.

6. *Educação permanente em saúde na assistência obstétrica para implementação da Rede Cegonha* (SILVA, 2016). Destaca a importância da Educação permanente em saúde para a implementação da Rede Cegonha. A pesquisa analisou as expectativas e desafios de enfermeiras e enfermeiros de duas maternidades de Goiânia, GO. Concluiu que apesar de muitas demandas como investimento de pessoal e logística, a educação permanente em saúde é um caminho fundamental para efetivação da rede Cegonha.

7. *Ações educativas em hospital de ensino: a efetividade da mudança?* (SILVA, 2014). Estudo de caso com profissionais da enfermagem no Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas, RS. Observou a efetividade de ações de educação em saúde entre profissionais que atuam no hospital. E, apontou possibilidades de avanços e reformulações de práticas a partir da educação permanente em saúde.

8. *Conhecimento e prática dos profissionais da atenção primária de saúde acerca da educação em saúde do município de Canoas/RS* (MUNARETTI, 2014). A partir de coleta quantitativa de dados, analisa como profissionais das USF's de Canoas, RS, compreendem e trabalham com a educação em saúde. Indica a importância dos grupos de apoio e aponta a educação em saúde como uma alternativa que reposiciona os profissionais e usuários, e, ainda, o conceito de saúde, doença e cuidado.

9. *Desenvolvimento de ação educativa para mulheres com HPV atendidas em um serviço público* (CALCAS, 2016). Pesquisa realizada em uma Clínica da Mulher desenvolveu ações educativas com usuárias do SUS, com HPV. Baseado na educação popular em saúde e na filosofia freiriana, desenvolveu-se a coleta de dados e uma cartilha voltada para usuária. Concluiu que sentimentos como medo, culpa e vergonha são comuns e que a formação de grupos de apoio e ações educativas auxiliam na atenção a essas mulheres.

10. *Avaliação participativa: projeto de vivências e estágios na realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS) Florianópolis* (PAIM, 2016). Utilizando o método da avaliação participativa analisa as potencialidades do projeto de estágios e vivências implementado a partir do VER-SUS/Florianópolis. Por meio de um histórico do programa e de bibliografia sobre educação popular em saúde, destaca como a interação entre universidades, SUS e movimentos sociais pode ser profícua na formação acadêmica, na melhora da atuação profissional e na defesa do SUS.

11. *Vínculo nos grupos de promoção à saúde: uma revisão sistematizada da literatura* (VASCONCELOS, 2016). Desenvolveu revisão de literatura sobre os grupos de promoção à saúde com vistas em compreender como a criação de vínculos entre usuários e profissionais pode auxiliar a superar o modelo tecnocrático de saúde. Destacou as possibilidades de aprimoramento, formação e emancipação proporcionada por essa ação comunitária aos múltiplos sujeitos que passam por ela.

12. *Percursos e desafios do programa rede Cegonha na atenção primária a saúde* (SALES, 2015). Estudo acerca do programa Rede Cegonha Brasil, realizado com equipes da Estratégia de Saúde Família, Fortaleza/CE. Destaca os desafios para a implementação do programa. Dentre eles a fragilidade das estratégias de educação na saúde e falhas na comunicação e fluxos na construção de saúde em rede.

13. *Proposta de tecnologia educativa na prevenção do risco da hipertensão na gravidez – uma construção coletiva* (CARNEIRO, 2014). Analisou a importância da educação em saúde e desenvolveu uma proposta de tecnologia educativa que auxilia na prevenção e controle da hipertensão gestacional. Evidenciou a importância do uso de tecnologias leves para trabalhar com prevenção e combate à doença, bem como incentivar a criação e expressividade de profissionais e usuárias.

A leitura dos artigos e dissertações mostrou como o debate sobre grupos de apoio tem, nos últimos anos, avançado na área da saúde. Visto que maior parte da produção aparece na área da saúde, a questão da educação em saúde ainda se apresenta como demanda nos departamentos e pós-graduações da educação. Além disso, permitiu refletir sobre o quanto essa atividade costuma estar vinculada a instituições de saúde demonstrando a demanda por pesquisar iniciativas que nascem a partir de outros vínculos. Por fim, fez pensar na importância de trabalhos multidisciplinares e como a educação em saúde pode transformar tanto o fazer das e dos profissionais envolvidos, quanto o autocuidado e a atenção a usuárias e usuários.



## 1 (CO)LABORAR – DIMENSÕES METODOLÓGICAS DA PESQUISA

Não tenho o sol escondido  
no meu bolso de palavras.  
Sou simplesmente um homem  
para quem já a primeira  
e desolada pessoa  
do singular - foi deixando,  
devagar, sofredamente  
de ser, para transformar-se  
- muito mais sofredamente -  
na primeira e profunda pessoa  
do plural.  
*Thiago de Mello, 1980*

Essa pesquisa se construiu a partir de uma observação participante onde as práticas educativas de um grupo de gestantes e puérperas, registradas em um diário de campo, serão apresentadas como narrativas autobiográficas. A compreensão trazida pelos relatos registrados em meus diários de campo (e eventualmente compartilhados com outras facilitadoras e facilitadores do grupo como um instrumento de reflexão) busca rememorar as experiências do grupo com vistas em reconhecer e repensar os processos educativos vividos.

Acredito que os momentos junto às mulheres e estudantes foram formativos e de produção coletiva de sentidos para cada envolvida, inclusive para mim. Igualmente, foram espaços de formação de vínculos e redes de cuidado e autocuidado. Assumir essa perspectiva metodológica significa reconhecer nas vivências do grupo múltiplas possibilidades de experiência e apreensão de sentidos por meio do diálogo entre individual e coletivo, singular plural (JOSSO, 2007). Mais que uma atividade meramente descritiva, as narrativas autobiográficas possibilitam trilhar um caminho interpretativo onde a experiência passada se reencontra para refazer e repensar o presente (ABRAHÃO, 2003). Nesse sentido, essa pesquisa além de vivida, foi repensada e reelaborada várias vezes.

Essa produção do conhecimento se baseou na colaboração onde eu também participava das atividades de extensão visto minha formação enquanto doula e professora. Ressalvo que pensar a produção do conhecimento pela lógica da colaboração não significa isentar-me do meu compromisso e responsabilidade com a pesquisa. A escolha do campo, das metodologias, teorias e boa parte das interpretações aqui utilizadas partem de minha subjetividade (VELHO, 1987). Eu elaborei as perguntas, reuni determinados dados, relatei as experiências e negocieei os caminhos dessa pesquisa com cada pessoa envolvida. "A subjetividade do[a] pesquisador[a], bem como daqueles[as] que estão sendo estudados[as], tornam-se parte do processo de

pesquisa" (FLICK, 2009, p. 25). Nesse sentido, o trabalho em colaboração aproximou as subjetividades ativas e questionadoras das mulheres, do movimento social por moradia e da academia aumentando as demandas por encontrar metodologias comprometidas com a transformação das relações de poder e meu compromisso com o conhecimento produzido.

Dada essa dimensão coletiva do processo, de agora em diante, muitas vezes, falarei do percurso de pesquisa a partir da primeira pessoa do plural. Muitas vezes ‘o nós’ será evocado para representar a mim, a pesquisadora-colaboradora; as mulheres-mães e as e os extensionistas: pessoas diretamente implicadas nessa prática de extensão e pesquisa. Esta decisão foi acordada com as e os participantes que, conforme os versos de Thiago de Mello (1980) entenderam o quão importante, complexo e sofrido é o esforço de vivenciar as ações “na primeira e profunda pessoa do plural” (MELLO, 1980, p. 12).

As oportunidades de ‘pensar com’ demandaram um esforço de tradução (HARAWAY, 1995), necessário àquelas pessoas não autorizadas a participar da produção de conhecimento acadêmico. Igualmente fez necessário um processo de negociação dos passos da pesquisa com elas.

A observação participante obriga seus participantes a experimentar, tanto em termos físicos quanto intelectuais, as vicissitudes da tradução. Ela requer um árduo aprendizado linguístico, algum grau de envolvimento direto e conversação, e frequentemente um "desarranjo" das expectativas pessoais e culturais (CLIFFORD, 2002, p. 20).

Acreditamos que o processo teórico-metodológico, pode proporcionar tanto à pesquisadora quando as suas e seus interlocutores novas e outras ferramentas de análise e ação. Enfatizamos, a partir das escolhas metodológicas apresentadas, desde onde partimos: nosso saber situado, militante e coletivo. Nesse sentido, “o campo opera como lugar para criar conceituações, em contraste a ideia de campo como espaço de recolhimento de dados” (RAPPORT, 2007, p. 207, [tradução da pesquisadora])<sup>14</sup>.

Linda Alcoff (2016), em “Uma epistemologia para próxima revolução”, inaugurou sua discussão retomando questões sobre quem conhece e em quais circunstâncias as epistemologias são criadas? Por que alguns saberes são valorizados e outros não? Tais dúvidas nos proporcionaram outras que auxiliaram a pensar as escolhas teórico-metodológicas dessa pesquisa: O que tem o direito de ser considerado ou não como conhecimento científico? Quantos apagamentos<sup>15</sup> enseja uma epistemologia que se pretende universal? Aliás, trago estas

---

<sup>14</sup>“*el campo opera como lugar para crear conceptualizaciones, en contraste con la idea de campo como espacio de recolección de datos*”.

<sup>15</sup>Utilizamos o termo apagamento inspiradas na discussão realizada pela professora Janaína Damaceno Gomes (2013): ao discutir “os processos de legitimação do intelectual negro nas universidades” (p. 11) a partir dos

questões desde o início desta pesquisa, quando a colega de turma, Adriana Rosa de Souza nos inquiria sobre o que significava estar em uma pós-graduação interessada em pesquisar periferias urbanas?

Essas perguntas podem se somar às vozes de movimentos sociais, sobretudo os de favela e negro, que requisitam o direito a Vida de suas populações. Elas destacam as intencionalidades e compromissos políticos a que todas as pesquisas se filiam, mesmo aquelas que insistem em se qualificar como neutras. “A favor do conhecimento situado e corporificado e contra várias formas de postulados de conhecimento não localizáveis e, portanto, irresponsáveis. Irresponsável significa incapaz de ser chamado a prestar contas” (HARAWAY, 1995, p.22). Compreendemos cada epistemologia como uma posição política. Por isso, negamos a lógica da produção de conhecimento propagada pelos paradigmas positivistas (PEREIRA e FELDMANN, 2015) e reafirmada pela lógica neoliberal centrada no indivíduo (ALCOFF, 2016) que, permitem produzir um conhecimento sem face, mas com uma agência interessada em manter o privilégio de poucos (SOLNIT, 2017), inclusive nas ciências médicas ou duras. Entender essa dimensão da pesquisa nos fez estranhar os lugares de conforto e privilégios que dispomos na academia, bem como lembrar nosso compromisso com luta contra as desigualdades.

Compreendemos nossas práticas educativas e de pesquisa como atos políticos (FANON, 2008; FREIRE 1992; hooks, 2013) que dialogam com mulheres-mães, pobres e negras. Intencionamos desenvolver uma pesquisa eticamente comprometida com a denúncia das desigualdades, a transformação social e a disseminação de epistemologias-outras, capazes de trazer novas possibilidades de pensar, saber e ser.

A relação de participação da prática científica no trabalho político das classes populares desafia o pesquisador a ver e compreender tais classes, seus sujeitos e seus mundos, tanto através de suas pessoas nominadas, quanto a partir de um trabalho social e político de classe que constituindo a razão da prática constitui igualmente a razão da pesquisa (BRANDÃO, 1985, p. 13).

Buscamos, portanto, metodologias capazes de investigar uma ação educativa engajada, atentas ao mesmo tempo ao rigor científico e as possibilidades emancipatórias do pensar e do agir.

A produção colaborativa de conhecimento, ancorada no diálogo e no compromisso com a transformação social podem apontar para saberes-outras, em constante construção e abertura

---

segredos da pesquisadora negra Virgínia Bicudo destaca como há, por parte das hegemonias, uma agência deliberadamente interessada em apagar determinadas subjetividades, desumanizá-las e inscrever na inexistência corpos, teorias e práticas. Concordamos que o processo de apagamento é ainda maior que o de invisibilização, pois ele retira uma memória da esfera da existência e a reduz ao não ser.

(PULGA, 2014). "Nesse sentido, romper com uma episteme hegemônica e reivindicar outras formas de conhecer como legítimas é fazer uma opção política na qual o povo é situado na condição de sujeito" (PEREIRA e FELDMANN, 2015, p. 14). Ressaltamos que, quando anunciamos epistemologias-outras, não propomos construir novos universais. Ao contrário, o que buscamos é a possibilidade da diferença, das experiências vividas por meio de múltiplos discursos produtores de conhecimento.

Destacar esses aspectos é compreender a educação popular aliada aos movimentos sociais, negros, de mulheres e de e em favelas, como espaços formativos complexos. Ciente de que eles fomentam facilmente expressões de "louvor ou desaprovação, segundo o ponto de vista ideológico do observador" (MURACA, 2015, p. 67) o 'que fazer' e discutir enquanto pesquisadora se tornou uma questão ainda mais delicada.

A cada grupo, que se renovou semestralmente, se apresentaram novos caminhos que demandaram que as práticas de educação popular em saúde e o conhecimento aqui produzido fossem repetidamente revistos. Essa ressalva é importante para entender que as discussões aqui apresentadas não possuem um caráter de verdade e não se pretendem como um manual que prescreva como trabalhar com uma perspectiva pedagógica popular em grupos de gestantes. Desejamos é compartilhar nossas experiências e epistemologias autoformativas para contribuir com o campo da educação popular em saúde, bem como dos estudos feministas negros e da humanização do parto e nascimento. Esperamos, assim, que essa pesquisa seja uma ferramenta para o estranhamento e incentivo à criação de outras práticas pedagógicas do gênero.

## **1.1 Escolhas Para O 'Pesquisar Com'**

Foi investigado, por meio da observação participante que possibilitou a registro e análise de narrativas autobiográficas (JOSSO, 2007; SILVA e MAIA, 2010), um grupo de apoio a gestantes e puérperas, parte de um projeto de extensão, do Instituto de Saúde Coletiva, de uma universidade de Niterói. Além de ser uma destacada metodologia no campo da pesquisa em educação, a autobiografia se apresenta como um caminho teórico metodológico para os estudos feministas e negros (EGGERT e SILVA, 2011; SILVA e MAIA, 2010; hooks, 2013; JOSSO, 2007; SOUZA, 2006; ABRAHÃO, 2003).

Como projeto de investigação, as narrativas autobiográficas possibilitam conhecer e compreender aspectos diretamente relacionados aos processos formativos e às demais práticas e vivências da pessoa que narra e revela a si mesma. Dessa forma, a investigação baseada em narrativas autobiográficas abre uma perspectiva para a apreensão e compreensão do processo formativo e constitutivo do indivíduo enquanto

peessoa e profissional em sua relação consigo mesmo, o outro e o mundo" (SILVA e MAIA, 2010, p.5).

Viver as experiências do grupo e relatá-las desencadeou um processo reflexivo e (auto)formativo enquanto doula e educadora. Igualmente, redimensionou minha posição de facilitadora do grupo e fortaleceu a perspectiva de colaboração proposta desde o início da pesquisa.

Assim, a narração de si se constrói na interface experiência, lembrança e narrativa (relato), compreendendo um processo de (auto)conhecimento e revelação a partir das formas singulares com que cada um vivencia, apreende e representa o mundo e as coisas que o constitui (SILVA, 2010, p. 6).

Foram acompanhados os encontros quinzenais, com gestantes e puérperas, no Morro do Preventório, Niterói, RJ. Os encontros tinham duração média de duas horas onde eram debatidos temas como Parto e suas Fases; Direitos e transformação social; Amamentação e criação de vínculos; Raça, beleza e educação e outros. Os temas eram propostos pelas participantes e suas falas incentivadas e valorizadas visando a troca de saberes. De acordo com as e os facilitadores do grupo a metodologia dos encontros se ancorava nos princípios da educação popular em saúde. A cada semestre até 22 gestantes em diferentes idades gestacionais ingressavam no grupo. A frequência média era de 15 mulheres por encontro. Ao fim de uma atividade era comum ocorrer uma sessão de fotos, para compor um álbum da gestante e bebê, entregue no encerramento do grupo, em um Chá de Bebê Coletivo, após elas participarem por cerca de 10 encontros.

Os assuntos debatidos buscavam auxiliar as mulheres-mães a tomarem decisões esclarecidas sobre gestação, parto e nascimento. A partir da compreensão do comportamento do seu próprio corpo durante gestação e parto, das rotinas médicas, das questões sobre o que é ser mulher e mãe ou sobre raça e resistência, elas foram, pouco a pouco, se abrindo e compartilhando suas experiências com o grupo. A medida que cada uma se preparava para o parto foi possível 'falar sobre' e tentar diminuir sentimentos comuns à gestação como ansiedade, culpa ou medo (MURTA, 2014). Era uma busca dialogada por saber mais, trocar experiências e evitar maus tratos. Esses encontros quinzenais com as mulheres do Preventório se somaram aos debates nas reuniões semanais com as e os estudantes extensionistas para avaliar as atividades e pensar as perspectivas teóricas e práticas das próximas ações. Todos esses foram momentos de produção coletiva de sentidos e de ação política, de autorreflexão, diálogo e trocas. Por isso, mais uma vez, agradeço a todas as pessoas que encontrei no campo de pesquisa.

A aproximação a essas pessoas demandou um constante exercício de escuta! Ouvir essas histórias e compartilhar experiências de forma livre foi o primeiro passo após conhecer o grupo. Do ouvir, muitos diálogos tornaram-se possíveis. Essas conversas promovidas nos encontros e relatadas no diário de campo objetivaram auxiliar a compreender as dinâmicas educativas do grupo. São elas que compõem a série de narrativas autobiográficas aqui apresentadas.

Destaco o quanto a vivência e reflexão sobre as maternidades são polissêmicas e são eventos transformadores para quem os vivencia a partir de gestações planejadas ou não, desejadas ou não e até para quem não está gestante, mas oportuniza acompanhar uma. O meio social, e sobretudo cada mulher-mãe se transforma com a maternidade vivendo e levando as marcas dessas (trans)formações ao longo da vida (formações e autoformações que constroem as maternidades no corpo físico, psíquico, ancestral e social...). Diante disso, dialogar com e nos grupos de gestantes sobre esses processos, sobre as emoções e sensações vividas, sobre as expectativas e modos de viver o fenômeno das maternidades se mostrou como uma possibilidade formativa muito rica. As narrativas autobiográficas apresentadas não obedecerão uma ordem cronológica, mas sim de sentidos.

Apresento o primeiro relato autobiográfico. Aqui mais que apenas descrever, senti e interpretei as experiências vividas. Esta primeira narrativa, marca o começo do grupo de 2017/02. O 5º do projeto de extensão e o 3º que eu participei enquanto pesquisadora e colaboradora. A escolha por narrar essa atividade se dá no sentido de compartilhar como iniciamos um grupo de grávidas. Buscamos situar quem lê para que saiba como são propostas essas atividades de educação popular em saúde, como nos organizamos e escolhemos os temas dos encontros.

Em agosto de 2017 recomeçamos mais um grupo. Fizemos o encontro em um colégio do Preventório. Chegamos as 9h30, de mais um domingo, dia da semana quando ocorrem os encontros. Já havia uma gestante, k. (2017) com seu marido, U. (2017) esperando para atividade. Entramos e começamos a montar a mesa de café e arrumar as cadeiras para a roda de conversa... Até as 10 h, horário de início das atividades, batemos um papo informal. Confesso estar um pouco desconfortável com a presença do pai, um homem que tentava fazer piadas com a possibilidade de ter uma filha. No decorrer do processo ele recua das piadas sexistas (talvez ele também tivesse algum desconforto num ambiente majoritariamente feminino) e contribui, cheio de questões: “Vocês vem da onde? Movimento social, é partido de político não neh? Como é que funciona?”. Começamos a atividade para responder essas questões.

Fizemos uma rodada de apresentação. Estavam presentes: 12 novas gestantes e dois acompanhantes, a mãe de uma grávida e o marido de outra. Além de duas participantes do grupo anterior que permanecem frequentando e atuando conosco e duas pessoas extensionistas que facilitaram o grupo comigo. Também me apresentei enquanto pesquisadora e militante, destacando meu gosto em trabalhar com e pesquisar esse grupo.

Foi explicado o que e quem era aquele grupo que as convidava a pensar em saúde, gênero, raça, direitos... Eu, mulher negra, 32 anos, educadora e doula fui escolhida

para fazer os esclarecimentos sobre o grupo e expliquei: “Não temos vinculação com partido, ONG, igreja. Não recebemos salário para estar aqui. Estamos juntas com um movimento social que busca auxiliar na organização do povo na luta por moradia e por direitos, inclusive à saúde”. Dissemos que conseguimos as doações entregues num chá de bebê coletivo pedindo as pessoas nas redes sociais. Que acreditamos na criação de redes, cuidado e espaços de troca. Nesse momento apresentei um dos princípios que move a atuação do grupo: “Todo mundo sabe, todo mundo aprende, todo mundo troca. Não é porque a gente tem o privilégio de estar na universidade que sabemos mais que vocês. Todas aqui sabem! Só que as vezes a gente sabe coisas diferentes. Vocês sabem o que é tá grávida, o que é ser mãe, sentem isso no corpo e isso é um saber... e o pessoal da medicina, por exemplo, eles sabem melhor como funciona um hospital ou como se faz um procedimento lá. A gente pode aprender juntas! Acreditamos muito nisso, por isso, a gente acha que a escuta... é aprender a ouvir mesmo, querer entender a outra é tão importante”. E a extensionista A. (2016), acadêmica de medicina, 24 anos, branca, completa: “E a gente aprende muito. (...) A gente tá na faculdade de medicina mas tem muita coisa sobre maternidade que eu aprendo é aqui. Muita coisa do que eu escuto aqui e aprendo com vocês eu vou levar quando eu me formar. (...) Tem violências que vocês contam que a gente não pode fingir que não sabe que existe. Aprender com vocês, aqui onde vocês moram, com as histórias de vocês, tá me formando de um jeito único e eu fico muito feliz com isso”.

Continuamos explicando que a presença de cada uma é muito importante e será observada a assiduidade delas para saber quem receberá o kit completo (pacotes de fralda e outros itens do enxoval) no Chá de Bebê Coletivo ao final do semestre. Conversamos sobre o grupo que mantemos em uma rede social e nossa compreensão dos altos e baixos que uma gestação coloca na vida de uma mulher entendendo que isso as vezes as impede de ir ao grupo. Falo sobre a ciranda, um espaço onde seus filhos e filhas podem ficar sob nosso cuidado enquanto realizamos o grupo com as mães. “Realizar a ciranda é fundamental para que as mulheres que já têm filhos possam participar. Nelas, algum extensionista (preferencialmente os do sexo masculino para a gente inverter um pouco a ordem da divisão sexual do trabalho) se ocupa em promover jogos não competitivos, brincadeiras e outras atividades tipo desenho e massinha com as crianças”. Quando a gestante R. (2017) 41 anos, segunda gestação, branca, ensino médio, completou: “Isso mesmo, a gente tem que acostumar os homens ajudar. Meus filhos já são grande, não vou precisar de trazer, mas eu acho isso aí muito legal”.

Falamos sobre as fotos. Mostramos algumas dos grupos anteriores. Elas ficaram muito animadas com essa possibilidade. V. (2017) mulher-mãe negra, terceira gestação, 36 anos, ensino fundamental nos contou: “Fazer um álbum era um sonho antigo. Eu não consegui com os outros dois filhos antes. É caro e a gente fica entre o álbum e enxoval, e aí, vai lá e compra as coisas pro bebê, claro. Mas eu fico vendo no Face [rede social] as fotos de grávida, é lindo, é um sonho, quero muito”. Falo sobre a importância que vemos nas fotos. “Hoje não teve, mas geralmente vem um fotógrafo ou fotógrafa voluntária. A gente avisa pra vocês virem ainda mais lindas, as vezes convidar o companheiro ou trazer um sapatinho pra tirar as fotos. (...)A gente acha que mais que um registro bem bonito, as fotos são importantes pra vocês perceberem vocês mesmas, neh. O que tá mudando no corpo? O que tá me deixando mais bonita, como eu tô me vendo e me sentindo”. Aproveitamos esse momento para introduzir a questão racial. “Como a gente que é mulher negra se vê? Como a gente é educada a se ver? A gente pode pensar enquanto mulher negra e grávida nos padrões de beleza... A gente se enquadra neles? A não? E porque não?” R. (2017) “Porque a gente tá gorda, tá inchada. (...)”. Eu: “E mais o que?” P. 30 anos, negra, segunda gestação, ensino médio: “Tem gente que tem preconceito também, com a gente porque a gente é, como se diz num é branco neh...” Uma pequena discussão se forma sobre ser mulher negra e pobre. Digo que esse será um dos temas que vamos trabalhar no grupo e que, enquanto mulheres negras, não podemos concordar em sermos apagadas ou diminuídas: “Precisamos resistir como mulher, como mãe, como negra ou moradora de favela. Somos trabalhadoras e temos direito a viver, a pensar, a se sentir bem. Um dos jeitos que a gente afirma isso é ocupando todos os espaços. (...) Aqui no grupo por exemplo, a gente organiza pelo menos uma ocupação de um espaço público pra tirar foto e fazer

uma farofada num parque. A gente vai marcar um dia com antecedência, pra gente ir e levar a família, fazer umas fotos e pra mostrar que nós existimos e essa cidade também é nossa. Nós queremos a cidade como nossa também! Todo mundo aqui é trabalhadora, inclusive quem trabalha em casa... todo mundo tem direito”.

Perguntamos sobre suas dúvidas, medos e alegrias e sobre o que gostariam de saber. Esse é um momento importante para encontrarmos os temas geradores de cada grupo. Começam falando do medo do parto e do hospital, C. (2017) negra, primípara, 29 anos, ensino médio falou da angústia e mal estar “de ficar lá presa” no ambiente hospitalar. L. negra, segunda gestação, 26 anos, contou o quanto sofreu no hospital quando perdeu seu primeiro bebê. Falei sobre a importância do acompanhante nesses momentos. U. (2017), o pai, perguntou sobre a lei do acompanhante, fez ameaças caso não tratassem bem sua esposa. Dessa conversa concordamos que seria importante falar um dia sobre direitos e outro sobre plano de parto.

P. (2017) mudou de assunto e disse que a melhor parte é amamentar. C. (2017) discordou “Não, muda o corpo, eu não queria, mas fazer o que neh”. D. (2017) 30 anos, negra, terceira gestação fala como as mulheres perdem o corpo e se dão mal com as mudanças corporais da gestação e cuidados com o bebê. Esse debate nos fez concordar que era preciso falar sobre amamentação. Dessa conversa falamos sobre a desvantagem das mulheres sobre os homens. Perguntei: “Será que amadurecemos mais cedo?” A gestante C. (2017) continuou: “Será que homem também percebe a gravidez, tem desejo, passa mal?” E D. (2017) responde rindo alto: “Meu marido tá tendo desejo, dizem agora que o homem também tem.” Todas riram e falaram ao mesmo tempo. Retomei o assunto perguntando: “O que os homens deveriam fazer como pais?” Desse papo, concordamos em falar sobre o que é ser mulher.

Perto do fim da atividade, chegam D. (2016) e S. (2016), duas mães participantes de grupos anteriores, e que agora atuam conosco como facilitadoras. D. (2016) puérpera, dois filhos, 23 anos, branca, ensino médio diz: “Não consigo mais deixar vocês. Já tem dois grupos que eu participei e eu continuo vindo porque pra mim é importante tá aqui, conversar com vocês. Eu amarro meu filho [no sling] e venho”. S. (2016) puérpera, quatro filhos, branca, 38 anos, ensino fundamental, também se apresenta e fala: “Eu tinha que vir hoje conhecer vocês. Falar que eu tô aqui. Minha casa, tá aberta para vocês, pra gente fazer isso aqui junta, passar pelas coisas com uma ajudando a outra”. Agradeço muito por elas toparem começar mais um grupo, por nós podermos estar juntas. Tomamos um cafezinho da manhã e nos despedimos.

A narrativa apresentada visa trazer um pouco da metodologia do grupo, muitas das coisas consideradas nesta narrativa serão retomadas e problematizadas ao longo do trabalho. Neste momento, essa narrativa visa ilustrar a dinâmica do grupo, minha posição de pesquisadora e facilitadora e como fazemos a escolha dos temas geradores. Esclareço que "os temas geradores são entendidos como o universo temático explicativo e de enfrentamento das questões relacionadas a vida nas comunidades" (PULGA, 2014, p. 128). São eles que norteiam as dinâmicas no grupo visto que surgem a partir de situações concretas narradas pelas mulheres-mães, a partir de perguntas ou palavras geradoras problematizadas pelo coletivo. Um tema gerador pode auxiliar "a integração do conhecimento e a transformação social, possibilitando a ampliação do conhecimento e a compreensão dos jovens sobre sua realidade, na perspectiva de que possam intervir criticamente sobre ela" (DANTAS e LINHARES, 2014a, p. 96). Eles são capazes de auxiliar na integração das demandas e saberes populares com o conhecimento científico mediatizado por quem facilita um grupo.



Esses saberes mediatizados pelas trocas realizadas fazem que esta dissertação se ancore em práxis de pesquisas participantes.

E é a possibilidade de transformação de saberes, de sensibilidades e de motivações populares em nome da transformação da sociedade desigual, excludente e regida por princípios e valores do mercado de bens e de capitais, em nome da humanização da vida social, que os conhecimentos de uma pesquisa participante devem ser produzidos, lidos e integrados como uma forma alternativa emancipatória de saber popular (BRANDÃO e BORGES, 2007, p. 55).

Em alguns momentos da pesquisa a observação-participante centrada na figura da pesquisadora, tornou-se participação-observante. Visto meu interesse com a co-participação e minha experiência como doula e educadora que, a partir de uma posição dialógica, me permitiu facilitar alguns encontros.

Um dos principais deslocamentos metodológicos que se colocou nessa produção de conhecimento foi a relação sujeito-objeto de pesquisa. Evidenciamos que os encontros no campo destacaram a necessidade de compreender as participantes como sujeitas. Buscamos afastar a perspectiva científica positivista que compreende a ciência como a delimitação do sujeito cognoscente sobre o objeto a ser desvelado. "O elemento que distingue com mais força a perspectiva da pedagogia popular em relação ao trabalho científico com as comunidades empobrecidas, de fato, é a superação da contradição entre pesquisadora e sujeitos da pesquisa" (MURACA, 2015, p. 79). Compreendemos as relações aqui estabelecidas como relações sujeita-sujeita<sup>16</sup>. Essa dimensão fez manifestar encontros e rupturas frutos de experiências heterogêneas que não impediram uma produção de conhecimento coletiva e (auto)formativa, entendendo que cada participante ativamente, elaborou sentidos e reconfigurou, de forma consciente ou não, as ações problematizadas nessa pesquisa.

Quando autorizada<sup>17</sup> por cada participante do grupo foram reunidos determinados dados, relatadas as experiências e negociados os caminhos da pesquisa. Desde o início mantive um diário onde narrei esses momentos. Ao longo do percurso, as vezes com maior riqueza de detalhes, outras vezes de forma mais fluida o diário se apresentou como uma ferramenta para registrar os enlaces e tensões que tivemos e para refletir sobre esse processo formativo. Foram

---

<sup>16</sup> Chamá-las de sujeitos nos causava um grande estranhamento visto que são, em sua maioria, mulheres. A necessidade de utilizar essa categoria reafirmou o quanto os paradigmas científicos ainda estão embasados em fundamentos patriarcais. Por que não nomeá-las de modo a respeitar o gênero de maior parte das participantes? Por isso, chamaremos as (e as vezes os) participantes de sujeitas de pesquisa.

<sup>17</sup> **Crítérios de inclusão e exclusão:** Cada participante na qualidade de estudante de medicina ou gestante e puerpera foi convidada/o a contribuir de modo voluntário e esclarecido com a pesquisa. A inserção de cada participante se fez após esclarecimento dos objetivos da pesquisa e assinatura do termo de consentimento. A qualquer momento quem participou da pesquisa pôde desistir de colaborar com a pesquisa solicitando verbalmente sua exclusão sem danos pessoais.

relatados os materiais, métodos e linguagens utilizadas nos encontros, as conversas informais e impressões pessoais, bem como um protocolo de anotações onde constava data e nome de cada atividade, tempo de duração, local, participantes, estados emocionais de pessoas do grupo e inclusive o meu (PIO e OLIVEIRA, 2014; MURACA, 2015). Ao pensar o processo de pesquisa a partir da educação popular em saúde, Vanderleia Pulga (2014) apresenta a necessidade de “sistematização das experiências como forma de construção e reconstrução de conhecimento onde os sujeitos partem das próprias experiências, e estas são registradas, problematizadas, refletidas e, a partir delas, construídos novos saberes e aprendizados” (2014, p. 125). Os debates e ações relatadas no diário de campo e apresentados na forma de relatos autobiográficos objetivaram auxiliar a compreender quais são e como se constroem as práticas formativas do grupo de gestantes e puérperas.

Além disso, foram realizadas duas apresentações públicas da pesquisa uma com as e os extensionistas (em 20 de novembro de 2017) e outra com as mulheres-mães (em 03 de dezembro de 2017) no intuito de apresentar os avanços do estudo e refletir em conjunto sobre os próximos passos. Cada participante desses momentos contribuiu de modo voluntário. Esse exercício intencionou auxiliar para que as e os participantes avaliassem e se sentissem mais contempladas e contemplados diante do conhecimento produzido. Cada apresentação durou 15 minutos seguida de 45 minutos de debate. Por meio de uma metodologia utilizada pela frente de saúde que facilita as atividades foi feita uma rodada de falas onde cada pessoa pôde expressar seus posicionamentos, sentimentos e sensações referentes ao grupo. No tempo restante foram feitos esclarecimentos e falas complementares de acordo com o desejo de cada participante. Todo processo foi consentido e registrado pela pesquisadora, se apresentando como uma estratégia metodológica complementar que objetivou fortalecer a construção coletiva de conhecimento.

A interpretação do material coletado, apresentado aqui a partir de narrativas autobiográficas, se deu a partir de chaves de análise que compreendem: 1) Dimensões educativas do grupo: o que caracteriza suas ações na perspectiva da educação popular em saúde? e; 2) Interseccionalidade: como os marcadores sociais da diferença podem influenciar nas práticas educativas narradas?

Por fim, foi estudada uma bibliografia interdisciplinar que articulou educação popular e(m) saúde com foco na questão das mulheres negras. Visto que a educação popular se propõe a dialogar com pessoas das classes trabalhadoras atuando com sujeitos que se educam e vislumbram a transformação social (FREIRE, 2014, 1992; PEREIRA e FELDMANN, 2015;

BRANDÃO, 1985; MURACA, 2015) a perspectiva interseccional se fez fundamental para pautar também questões de classe, gênero e raça que atravessam a todas e todos.

## 1.2 Desdobramentos teórico-metodológicos

Em uma pesquisa que se pretende colaborativa, "a devolução se configura como processo potencialmente permanente, sendo que não se chega nunca a um definitivo acerto de contas" (MURACA, 2015, p. 111). A primeira dimensão da devolução passou pela reciprocidade nas relações e fazeres do dia a dia. Pude compartilhar coisas simples, como uma visita domiciliar ou um papo no beco com mulheres-mães ou a divisão de tarefas junto as e os facilitares do grupo.

A convite da frente de saúde participei de suas reuniões semanais e formações mensais, com espaço de escuta e fala como quaisquer outros membros. A partir desses espaços, textos científicos e de divulgação do projeto de extensão, foram produzidos por mim, de maneira individual ou coletiva, com vistas de debater a proposta em vários espaços e reforçar o aspecto (auto)formativo das atividades.

Parte da bibliografia utilizada foi disponibilizada às e os extensionistas a fim de auxiliar na fundamentação teórica das suas práticas. Essas ações também foram parte da devolutiva dessa pesquisa que visou não 'dizer para' ou sobre as pessoas envolvidas, mas 'dizer com' e 'aprender junto'.

O debate constante das epistemologias aqui utilizadas tanto com as mulheres do Preventório quanto com o coletivo de extensionistas também comportou esse duplo aspecto de produção de conhecimento coletivo e devolutiva. Além disso, acredito que, por ser mulher negra, doula e educadora, minha posição como facilitadora das ações político-pedagógicas do projeto também cumpriram essa dupla função.

Uma outra atividade, proposta pelo projeto de extensão e com a qual, enquanto pesquisadora colaboradora eu acompanhei e auxiliei, foi na construção do álbum da gestante com fotos tiradas durante determinados encontros. Discutimos raça, gênero e representatividade, bem como as transformações do corpo grávido, problematizando os estigmas e 'padrões de beleza' para em seguida realizarmos as sessões de fotos. Em algum desses momentos fiz e ensinei a fazer o ultrassom natural para as mulheres-mães serem fotografadas. Por entender quão sensíveis são as questões que cada mulher desenvolve com a transformação do seu corpo durante a gestação e respeitando o princípio de não identificação

das participantes, que fundamenta a ética em pesquisa, optei por não apresentar as fotos neste trabalho.

Estas metodologias e as devolutivas aqui propostas marcaram um caminho de trocas não conclusivas, porém muito potentes. Entendi que detenho parte de um conhecimento que só faz sentido no encontro com o coletivo. Analisamos um processo em curso, com suas idas e vindas e cheio de possibilidades e contradições. Ao mesmo tempo, visto que o grupo ocorria com mulheres no período gravídico puerperal, a experiência se renovava a cada novo coletivo que se formou semestralmente, convidando a mim e as e os extensionistas a entender o processo sempre em aberto, sem fixar práticas ou saberes. Essa abertura tornou possível repensar as demandas pessoais e coletivas a cada novo grupo e fez a reflexão a partir do trabalho autobiográfico um processo ainda mais rico (JOSSO, 2007). Refletir com, estabelecer meios que nos encorajassem a adentrar e permanecer na luta, repensar saúde e a educação por uma perspectiva popular foram modos de renovar nossa confiança na possibilidade de realizarmos alguma transformação.

## GESTANDO

### 2 CONTEXTOS DO CAMPO DE PESQUISA

O espaço assim como o tempo e as pessoas que neles vivem serão evidenciados de modo a esclarecer os contextos do campo de pesquisa. Milton Santos (2012) destaca a necessidade de situarmos a análise, isto é, atentarmos a uma sociedade específica onde espaço e tempo dão as coordenadas para compreender um fenômeno único. Tempo, espaço e sujeitos são também três categorias especialmente caras à educação popular, que busca promover práticas formativas situadas e atentas às demandas com e nas classes trabalhadoras.

Doreen Massey (2000) nos convida a pensar o lugar complexificando-o e analisando-o a partir das relações que ali se estabelecem, das vivências que ali se efetivam, das pessoas que nele habitam.

O que dá a um lugar sua especificidade não é uma história longa e internalizada, mas o fato de que ele se constrói a partir de uma constelação particular de relações sociais, que se encontram e se entrelaçam num *locus* particular. (...) Assim, em vez de pensar os lugares como áreas com fronteiras ao redor, pode-se imaginá-los como momentos em rebeldes de relações e entendimentos sociais, onde uma grande proporção dessas relações, experiências e entendimentos sociais se constroem numa escala maior do que costumávamos definir para esse momento como lugar em si (...). (MASSEY, 2000, p. 184).

Compreendemos que o território é vivo e suas fronteiras fluidas, suas identidades em disputa são múltiplas, e até, contraditórias. Por isso, generalizações e estigmas costumam ser tão perigosos podendo apagar as muitas formas de ser e saber de uma população.

Milton Santos (2012) nos alerta, "nenhuma sociedade tem funções permanentes, nem um nível de forças produtivas fixas, nenhuma é marcada por formas definitivas de propriedade, de relações sociais" (p. 25). Diante dessa compreensão que evidencia as irremediáveis transformações de cada sociedade retomamos a história do Morro do Preventório, no Bairro Charitas, em Niterói, RJ. Em 1851 a principal construção da região abrigava doentes, vindos da capital do império, contagiados por febre amarela, cólera e varíola, no Hospital da Enseada de Juruçuba. Com o declínio destas doenças, a partir de 1909 o hospital passou a chamar Preventório Paula Cândido que recebia crianças em tratamento da tuberculose (FARIA NETO, 2013). A comunidade foi criada por pescadores, funcionários do hospital e seus parentes que passaram a viver no entorno da instituição de saúde (RIO DE JANEIRO, 2008). As funções do hospital, bem como do Morro se transformaram restando apenas o nome de um território que já foi símbolo de cuidado na área da saúde e que hoje tem esse direito precarizado, sendo uma das principais reclamações das participantes.

Lembro quando M. (2016) puérpera, negra, 25 anos nos contou, durante um chá de bebê coletivo, que se sentiu abandonada no momento do parto. Ela disse: “Eu tava sentindo muito dor e pedi pra eles me operar, mas eles não queria. Aí vinha um monte de gente me dar toque, toque, toque. Acho que eu recebi uns dez toque ali. (...) Eu queria que fosse muito melhor a maternidade, a saúde, sabe?” Diante do seu relato conversamos sobre a importância da organização popular pela defesa da qualidade do SUS.

Outro cenário que transforma a dinâmica territorial e marca a história do Preventório, se vincula a especulação imobiliária, pelos despejos ou valores abusivos dos aluguéis que expulsam as e os moradores para regiões cada vez mais distantes.

Quando os trabalhadores insistem em morar em lugares valorizados, através de ocupações antigas, os capitalistas pressionam o Estado para despejar a comunidade. Sempre que consegue vencer a resistência dos moradores, o Estado despeja. E, quando muito, oferece conjuntos habitacionais nas áreas mais periféricas (BOULOS, 2014, p. 33).

A cena narrada se repete como uma ladainha nas periferias de nosso país, inclusive no Morro do Preventório. Segundo a Secretaria de Obras do Estado (2008), famílias foram removidas para construção de um túnel que ligou Charitas x Cafubá, inaugurado em 2017, e para reflorestamento de áreas de proteção ambiental. Para tanto, algumas famílias perderam seus vínculos e histórias de uma vida inteira e foram realocadas em um conjunto habitacional no início do Preventório.

Conforme me contou a mulher negra e antiga liderança comunitária dona G. (2016), durante uma longa conversa que tivemos sobre a história do território. Falando sobre adaptações às mudanças do Morro, me contou sobre sua remoção para os apartamentos do PAC (Programa de Aceleração e Crescimento), do governo federal: “Eu tinha muito orgulho da minha casinha, foi a primeira com laje lá de cima porque eu tinha medo que alguém jogasse uma pedra no telhado e acertassem minhas filhinhas. Aqui no PAC também tá bom. Mas lá era melhor, eu sinto saudade de lá”.

Comerciantes locais também foram removidos da praia de São Francisco, em frente ao Morro, para construção da estação do Catamarã que liga a região de Charitas a Praça XV, no Centro do Rio de Janeiro. Apesar disso, o transporte aquaviário raramente pode ser utilizado pelos moradores do Preventório visto seu preço abusivo (em fevereiro de 2018 alcançava o valor de R\$16,90 cada trecho). Atualmente, as e os residentes do Preventório vivem em clima de constantes incertezas em um território que sofre fortemente com a especulação imobiliária.

Nesse território também são recorrentes as reclamações relacionadas ao comércio de drogas, contexto que mudou a rotina do Preventório. Segundo relato de moradores, após a criação das Unidades de Polícia Pacificadora (UPP's) realizadas na capital do estado, facções do crime organizado ocuparam a região modificando o cotidiano (SILVA, 2011). As operações feitas pelas polícias fluminenses em parceria com o Exército e Força Nacional agravaram os quadros de violência e genocídio da população negra e pobre. A realidade de violência,

ampliada pelo trato que essas polícias dedicam às favelas, criou em algumas moradoras que participaram do grupo uma sensação constante de insegurança e medo.

Hooks (2013) e Freire (2014) nos apontam para a necessidade de conhecer as demandas, desejos e medos de quem ensina-aprende a partir do chão onde pisam. Quem se engaja na educação popular compreende a potencialidade de estar no território para fortalecer o laço entre as pessoas; assim como para ampliar a sensação de pertencimento e o desejo de transformação. No grupo pesquisado, o território também era compreendido como um espaço a ser ocupado, reivindicando a cidade e seus espaços públicos como pertencentes a todas e todos. Esta compreensão fazia com que se convidasse as gestantes a ocupar locais públicos como praias, museus e parques para a realização de rodas de conversa com sessões de fotos para o álbum das gestantes e bebês. Segundo as e os extensionistas, ocupar estes espaços visava tanto reafirmar a estas mulheres-mães negras e moradoras de favela que cada espaço público da cidade também pertence a elas, bem como lembrar à sociedade que estas grávidas existem e precisam viver suas gestações com liberdade, respeito e segurança.

Nesta pesquisa, a categoria tempo também adquiri um matiz especial. Durante uma gestação, que dura até 42 semanas é possível nascer uma nova vida! O tempo gestacional é um ainda um mecanismo para elaboração da maternidade na mulher, para preparação do parto e dos cuidados com o bebê. Uma espera permeada por incertezas, ansiedades e medos. Este período é marcado por intensas mudanças psíquicas, físicas e sociais apresentando à mulher múltiplas demandas e expectativas. Deste modo, manifesta-se a importância de grupos de apoio e acolhimento, no decurso da gestação e puerpério. Estes ultrapassam os cuidados estabelecidos no pré-natal, geralmente restritos aos aspectos físicos da mãe e do bebê (MURTA, 2014). Poder trocar experiências, reconhecer-se em outras mães e refletir sobre as mudanças vividas é o que tornou os grupos de gestantes tão importantes para elas e para as e os extensionistas.

Do ponto de vista da educação popular em saúde, o curto período junto ao grupo de gestantes e puérperas tornava-se um desafio. A cada semestre este desafio se renovava e era necessário repensar cada ação. Na educação popular precisamos estender o tempo para não reduzir as e os educandos a depósitos de informações (FREIRE, 2014). Aprendemos que leva tempo esperar para a escuta acontecer, os sujeitos se reconhecerem, o processo formativo entrar em curso e fazer sentido para cada participante (PULGA, 2014). A cada novo grupo de grávidas era necessário conhecer e ser conhecida por cada mulher-mãe, reaprender a ensinar e reensinar a aprender. Neste período, era necessário criar vínculos, desenvolver uma linguagem que comunicasse e respeitar o tempo de aprendizado delas, que muitas vezes não conseguiam comparecer devido a intercorrências na gestação ou com o bebê.

Uma vez que o grupo se fundamentava a partir da educação popular em saúde era preciso reconstruir a cada novo grupo uma coletividade capaz de cultivar o compromisso das mulheres entre si por meio do reconhecimento mútuo e do diálogo com uma escuta interessada capaz de criar vínculos. A dialogicidade (FREIRE, 1992, 2014; BRANDÃO, 1985) foi a base para construir as pautas dos encontros e ações realizadas. Vanderleia Pulga (2014) ao apontar os princípios da educação popular em saúde pauta o "diálogo como base da relação entre sujeitos, onde cada um cresce no respeito, na valorização e na construção de valores solidários e éticos" (p. 125). Havia, portanto, uma preocupação constante em tornar possível o diálogo, estabelecer trocas e valorizar o saber de cada pessoa. Fossem gestantes ou mães, pais, acompanhantes ou nós que facilitávamos os grupos era sempre incentivada a fala de cada pessoa, ouvida com atenção, problematizada e refletida em conjunto. Para que essa experiência formativa se consolidasse era fundamental que cada pessoa compreendesse porque participava dela, que se sentisse parte do processo e tivesse prazer em estar ali. Algumas vezes oportuneizei ouvir elas descreverem este processo, como durante uma sessão de fotos, quando eu conversava com duas grávidas e uma fotógrafa:

A fotógrafa M. (2017) perguntou, mas porque vocês tão aqui?" B. (2017) negra, 17 anos, primípara, cursando o ensino médio respondeu: "Que pergunta ela vai dizer que é por causa das fraldas que a gente vai ganha neh". Quando V. (2017) replicou: "Não é não, eu entrei por causa disso, mas aqui, eu não sei o que aconteceu, tudo mudou. Eu aprendo muito, eu passo a semana toda pensando no que a gente aprendeu. Eu venho porque eu gosto e me sinto bem, hoje em dia mesmo se num tiver mais o chá de bebê eu vou continuar vindo, tá sendo muito importante pra mim e vê que eu já tive dois filhos antes desse, mas eu nunca tinha participado de nada assim, que eu gostasse de vir pra aprender". Também era comum V. (2017) dizer quanto se sentia bem ao compartilhar sua experiência de mãe e ensinar as mulheres menos experientes que ela.

Esta narrativa me fez perceber um dos maiores desafios do grupo: vinculá-las e conseguir partilhar os conhecimentos evitando posturas professorais que hierarquizam os saberes. Esse era um exercício constante para quem facilitava as atividades: conseguir circular conhecimentos sem se sobrepor aos saberes e experiências das mães. A riqueza deste processo se mostrava a cada grupo, a medida que as gestantes se esforçavam para estar nas atividades e convidavam os companheiros a participar; ou quando reconheciam este grupo como diferente de outros grupos de gestantes que participavam; e até quando começavam a convidar outras mulheres a partilhar do espaço. "Praticamos não só o questionamento das ideias como também o dos hábitos de ser. Por meio desse processo, construímos uma comunidade" (hooks, 2013, p. 61). O processo se tornou tão forte que a divulgação do grupo para inclusão de novas participantes tem sido feita pelo "boca a boca", quando as mulheres-mães que participaram de



edições convidam outras e/ou voltam depois do puerpério para colaborar com o grupo ampliando esta comunidade de mulheres-mães.

O próprio início do grupo nasce de uma demanda delas por construir estes vínculos. Em uma ocupação de um terreno em Niterói, liderada por um movimento social que luta por moradia, em 2015, uma militante e moradora do Preventório, T. (2016) trouxe a demanda. Tive oportunidade de ouvi-la contar durante o terceiro chá de bebê coletivo, 2016/02. T. (2016) mulher negra, 20 anos, um filho: "Eu tava grávida neh. As grávida tavam abandonada, tem muita grávida nova, que num sabe o que fazer com os filho. E essas mulheres precisavam de atenção e de ajuda. Aí eu pedi pra fazer alguma coisa pela gente". Diante da demanda e das questões que se apresentavam sobre pré-natal e parto, além de inúmeros relatos de violência obstétrica apresentados aos estudantes de medicina que participavam da ocupação criou-se esse grupo de apoio a gestantes e puérperas, que depois se transformou em um projeto de extensão. O primeiro encontro do grupo ocorreu em setembro de 2015, na Praça de São Francisco – Niterói, RJ. Conforme ouvi de G. (2016), acadêmica de medicina, branca, 24 anos, uma das principais facilitadoras na época:

O primeiro encontro foi uma apresentação ao grupo, todas se apresentaram e foi explicado como iam funcionar os encontros (no começo de 2015 não havia planos de chá de bebê coletivo, e as mulheres, em grande parte, foram convidadas em unidades de saúde: as e os estudantes deixaram alguns panfletos nas unidades do Preventório e do Caramujo e nas assembleias do movimento social por moradia, com o convite do encontro e para as fotografias). Nesse primeiro grupo, começaram a construir os álbuns ao longo dos encontros: "Em um domingo a gente tirava as fotos e no outro levava impressa pra elas colarem no álbum e escrever algumas reflexões a partir delas" explicou G. (2016).

Com o passar do tempo a dinâmica do grupo foi se redesenhando. Enquanto acompanhei o grupo, as mulheres, durante os encontros, traziam os temas geradores por meio de narrativas de seus desejos, angústias e dúvidas. Os temas geradores eram discutidos pelas facilitadoras, no intuito de organizar as demandas, estudar sobre ou convidar alguém para auxiliar a fomentar o debate em cada encontro. Trazer o tema gerador das demandas das próprias mulheres era uma forma de reconhecer seus saberes e fazer com que elas se sentissem parte, não como depósitos de informações e prescrições, mas como coprodutoras de conhecimento (BRANDÃO e ASSUMPÇÃO, 2009; FREIRE, 2014; PULGA, 2014). Já foram discutidos temas relativos aos sentimentos das mães; cuidados com mãe e bebê; emergências puerperais; raça, beleza e resistência; os dilemas das mulheres nas periferias; transformações mãe e bebê; atenção a gestante e mãe no mundo sexista; direitos das mulheres; desmonte do SUS; entre outros temas relativos à maternidade e transformação social.

Mesmo após o puerpério elas ainda encontram no grupo uma referência para pautar suas dúvidas e trocar ideias e afetos com as redes de mulheres que se formam. Conforme conversei com V. (2016), puérpera, segunda gestação, 28 anos, branca, técnica de enfermagem.

Ela disse durante a atividade de avaliação do último grupo, em 2017/02. “Esse grupo pra mim se tornou uma família. Estar nele, permanecer nele é algo muito útil não só pra mim, acredito eu. Mas me ajudou muito e continua me ajudando e eu acho que isso realmente é uma troca muito importante. Aqui a gente aprende e a gente ensina sim, porque cada experiência é diferente”. Essa e outras gestantes ainda narravam que não conseguiam mais “largar o grupo”, permanecendo frequentes nos encontros e mantendo uma rede a partir dos vínculos estabelecidos neles.

Vanderleia Pulga (2014) assinala que quando inspiradas em grupos de educação popular podemos perceber alguns sinais de transformação vivenciados por quem participa do processo político-pedagógico. Sentimos que este "anima e apaixona seus participantes porque resgata neles o elemento da identidade e da dignidade (autoestima)" (PULGA, 2014, p. 132). Também era comum as e os extensionistas manifestarem o quanto a vinculação com o grupo por meio das trocas de saberes era transformador para eles a medida que era possível ensinar e aprender.

Lembro-me do estudante E. (2017) homem, branco, 26 anos quando conversávamos sobre nossa atuação a partir da educação popular dizer: “É que talvez o maior produto da frente seja nós mesmos, as nossas experiências. Todo mundo aqui foi moldado pela experiência da frente, e a partir daí a gente constrói e tenta cada vez mais alcançar uma educação popular. (...) E eu acho que a pista é essa, porque se a gente for olhar a perspectiva de educação popular como uma troca, e se fomos modificados pelo processo, é porque rolou troca”.

Mesmo com marcadores sociais da diferença bem delimitados e distintos era possível observar a criação de vínculos e redes entre cada participante da pesquisa. De um lado mulheres pobres, com baixa instrução, majoritariamente negras, gestantes e puérperas. Segundo dados divulgados pela Frente de Saúde (2017), das 15 participantes frequentes no grupo de 2017/01: 74% se autodeclarou negra (pretas e pardas). 40% tinha entre 18 a 24 anos, 26 % de 25 a 30, 20% 30 a 35. Sobre escolaridade 66,6% cursou o Ensino Médio, 20% o fundamental e 6,6% não informou. Sobre estado civil 74% se declarou solteira e 26% casada, 94% declarou utilizar o SUS, 28% considerou ruim ou péssima suas experiências anteriores em maternidades e 14% informou não possuir uma boa relação com seu médico. Mães que buscaram no grupo um ambiente de acolhimento diante de suas demandas psíquicas e corporais e vivenciaram experiências de trocas. Além do público-alvo do grupo, é importante situar quem o facilitava, a saber, estudantes da área da saúde. As e os estudantes extensionistas formavam um grupo misto, com cerca de 10 de jovens de classe média, 70% com idade entre 18 a 24 anos, de

maioria branca, 90% vindo de outros estados<sup>18</sup> para cursar medicina, um curso integral em uma universidade pública.

As desigualdades e privilégios aparecem de muitas formas. Uma delas é pela divisão desigual do saber onde grau de instrução, acesso e permanência no ensino superior estão associados a classe e raça. “Afirmamos ser a Universidade, ao longo dos tempos, mais um dos instrumentos dos grupos dominantes para legitimar a distribuição desigual de oportunidades e direitos sociais” (CRUZ, 2013, p. 42). Dilvo Ristoff (2016), vem analisando as repostas dos questionários sócio-econômicos do ENADE (Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes), que avalia a educação superior. Esta análise compreende os três ciclos do exame, de 2004 a 2012. De acordo com sua pesquisa, o curso de medicina apresentou os maiores valores de renda familiar. No 1º ciclo do ENADE, 66% dos estudantes de medicina participantes da prova declararam ter renda familiar acima de 10 salários-mínimos, no 2º ciclo foram 69,8% e no 3º ciclo, em 2012, talvez pelas políticas de acesso e permanência, esse número caiu para 34%, enquanto na nossa desigual sociedade apenas 7% da população vive com renda familiar acima de 10 salários-mínimos. Os acadêmicos de medicina lideram o ranking dos estudantes mais ricos da universidade brasileira. Em 2012, além dos 34% com renda familiar de até 10 salários, 29% dos estudantes do curso de medicina declararam renda familiar entre 10 a 30 salários-mínimos e 14% renda acima de 30 salários-mínimos. Por consequência, foi o curso com menor proporção de estudantes com renda familiar de até 3 salários, 9% (cerca de 50% da população brasileira vive com essa renda familiar). Apenas 11% desses estudantes eram oriundos de escolas públicas que abrigava 87% da população brasileira no Ensino Médio. 60,3% dos estudantes se autodeclarou branco. Embora de 2004 para 2012 o percentual de estudantes brancos tenha caído 19%, o curso de medicina era o que abrigava a menor quantidade de estudantes da cor preta 1,9%. O prestígio social, o poder da categoria e sua alta remuneração podem ser fatores que reforçam essa divisão desigual do saber “peneirando” quem tem acesso ao curso de medicina.

É interessante observar a problematização das e dos extensionistas acerca de seus privilégios. Conforme relato:

Em uma atividade de formação do projeto, quando perguntei sobre interseccionalidade A. (2016), acadêmica de medicina, 24 anos e branca, disse: “(...)Os marcadores sociais da diferença, eu sempre percebo. São muito diferentes, os meus principalmente e o grupo que a gente trabalha. Eu me vejo

---

<sup>18</sup>Vale notar que as e os pesquisadores e extensionistas da Frente, incluindo eu, não são nascidos ou criados em Niterói. A condição de forasteiros nos colocou uma demanda ainda maior no sentido de reconhecer o território e suas dinâmicas.

numa posição de muito privilégio de cor, de classe... e eu sempre penso nisso na hora de fazer uma fala com elas, pra não me colocar numa posição de verticalidade, mas de horizontalidade. E acho que a gente tem que ter noção disso pra fazer uma fala consciente neh, que posição cada um ocupa, sem perceber isso é muito difícil ter educação popular”.

Compreender esses elementos, isto é, como as sujeitas da pesquisa e da extensão se organizavam no tempo e no espaço nos auxiliou a melhor compreender suas lutas e trazer conteúdos que dialogassem com seus modos de vida, bem como a produzir um conhecimento coerente com a realidade vivencial das participantes.

## 2.1 Intersecção e suas conexões com a colonialidade

A noite não adormecerá  
jamais nos olhos das fêmeas  
pois do nosso sangue-mulher  
de nosso líquido lembradiço  
em cada gota que jorra  
um fio invisível e tônico  
pacientemente cose a rede  
de nossa milenar resistência.

*Conceição Evaristo, 1996*

Um estudo é sempre uma tomada de posição, uma intervenção política, um discurso de poder. Se anteriormente as teorias desenvolvidas pela hegemonia masculina se diziam imparciais, os estudos interseccionais e decoloniais (contextos teóricos com os quais dialogamos nesta pesquisa) trabalham para romper com esta perspectiva. “A objetividade feminista trata da localização limitada e do conhecimento localizado, não da transcendência e da divisão entre sujeito e objeto. Desse modo podemos nos tornar responsáveis pelo que aprendemos a ver” (HARAWAY, 1995, p. 21). Afinal, aprendemos com nossos próprios corpos e com nossas ancestrais que por detrás da suposta neutralidade se escondem silenciamentos e apagamentos. Como destacado nos versos de Conceição Evaristo (1996), a trajetória das mulheres vem de um contexto histórico onde “um fio invisível e tônico/ pacientemente cose a rede/ de nossa milenar resistência (p. 26)”. Buscaremos nomear estas resistências, como elas se interconectam no cotidiano das participantes e seus desdobramentos a partir da colonialidade.

É fundamental analisar as diferentes experiências, os privilégios ou exclusões que nós, mulheres, vivenciamos.

Assim como é verdadeiro o fato de que todas as mulheres estão, de algum modo, sujeitas ao peso da discriminação de gênero, também é verdade que outros fatores relacionados a suas identidades sociais, tais como classe, casta, raça, cor, etnia,

religião, origem nacional e orientação sexual, são ‘diferenças que fazem diferença’ na forma como vários grupos de mulheres vivenciam a discriminação. Tais elementos diferenciais podem criar problemas e vulnerabilidades exclusivos de subgrupos específicos de mulheres, ou que afetem desproporcionalmente apenas algumas mulheres. (CRENSHAW, 2002, p. 173).

Se queremos analisar as demandas e impactos de uma prática educativa realizada com pessoas com marcadores sociais específicos (conforme apresentado no capítulo anterior) precisamos reconhecer as diferenças. Nomeá-las! Compreender aquilo que nos unifica ou nos distingue para ter coragem de enfrentar nossos privilégios ou a falta deles.

Perceber categorias como gênero, raça e classe (e como a intersecção entre elas pode complexificar as condições de desigualdade ou privilégio) é fundamental para estruturar ações de educação popular em saúde (VALLA, 2014; PULGA, 2014). Lembro-me da fala de uma participante do grupo de gestantes sobre como se interseccionavam seus marcadores sociais e como isso contribuiu para troca de saberes e afetos. “Segundo V. (2016) a sua experiência como “mulher, desempregada, obesa e grávida nesse momento de crise” possibilitou trocas específicas com outras gestantes e puérperas na mesma situação”. Analisar um fenômeno pela ótica da intersecção é considerar as distintas maneiras de ser, poder e saber, isto é, como cada pessoa envolvida na pesquisa foi e é incluída na produção de conhecimento, no acesso à saúde ou em condições de violência. Embora sofra inúmeras críticas por teóricos e militantes da esquerda e da direita a *abordagem interseccional vincula* (e não separa) camadas de desigualdades ou privilégios (GONZALES, 1984).

A interseccionalidade é uma conceituação do problema que busca capturar as consequências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos da subordinação. Ela trata especificamente da forma pela qual o racismo, o patriarcalismo, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios criam desigualdades básicas que estruturam as posições relativas de mulheres, raças, etnias, classes e outras. Além disso, a interseccionalidade trata da forma como ações e políticas específicas geram opressões que fluem ao longo de tais eixos, constituindo aspectos dinâmicos ou ativos do desempoderamento (CRENSHAW, 2002, p. 177).

Tais categoriais podem ser conceituadas como marcadores sociais da diferença ou eixos de poder (CRENSHAW, 2002). Podem ser inscritos a partir do gênero, raça e classe como foi feito nesta pesquisa, mas podem também circunscrever outras categorias<sup>19</sup> como território e grau de instrução.

---

<sup>19</sup>Embora estas últimas sejam importantes para demarcar a discussão que fazemos aqui, por questão de tempo elas não foram trabalhadas com o cuidado que demandavam, deixando aberto um campo para análises futuras.

Não é mais possível apagar ou subvalorizar os marcadores sociais como se esses estivessem apenas num campo semântico abstrato. Tais categorias constroem nossas identidades, dão sentido à vida e possuem um aspecto ontológico de definição de um ser individual ou coletivo (FANON, 2008). São constitutivas e apontam para o processo de exclusão, exploração e apagamento de pessoas vivas e de suas memórias. Utilizar esses elementos, mais que um recurso analítico para a pesquisa, é uma ferramenta política de humanização, reconhecidora de corpos que, muitas vezes, não importam. O corpo negro, da mulher, da pessoa LGBT, dos e das sem tetos e faveladas... Identificam-se, se organizam e lutam para viver como pessoas portadoras de direitos e dignidade (“um valor variável que reúne aquilo que diferentes grupos e indivíduos reconhecem como patamares mínimos de conforto cotidiano, que implica aspectos da vida material e psicossocial, não excluindo questões políticas, culturais e da relação com o sagrado” (LOPES e WERNECK, 2010, p. 17)). Vidas e histórias que resistem à colonialidade e requisitam sair do processo de desumanização.

As questões da classe social, por exemplo, se entrecruzam aos problemas trazidos pelo sexismo e pelo racismo emergentes da exploração colonial, que deixou poderosos herdeiros interessados em manter as estruturas opressoras. Chamamos de colonialidade (ALCOFF, 2016, 2017; LUGONES, 2014) a esse processo de exploração-dominação (SAFFIOTI, 2004) protagonizada pelas elites patriarcais brancas desde a modernidade e, ainda vivo no mundo contemporâneo, sobretudo no Sul geopolítico (BOAVENTURA, 1997). A divisão desigual do saber e do poder, assim como a formação seletiva da memória de uma nação conformaram uma "hierarquia dos capitais culturais: vale mais a arte que o artesanato, a medicina científica que a popular, a cultura escrita que a oral" (CANCLINI, 1994, p. 97). A colonialidade no contexto de globalização atua tal qual um mito fundador que acomoda as contradições do capitalismo: as incongruências entre geração de tecnologias e exploração; entre humanização e dominação. A colonialidade se funda justo na diferença que hierarquiza e naturaliza a subalternização de populações inteiras. Igualmente, ratifica-se a dominação-exploração desses territórios e corpos, com a premissa de “civilizar” e “desenvolver”. Um processo que vem criando solidariedade entre os iguais (países e grupos hegemônicos do eixo Norte Ocidental) e fundamentando a exploração da mulher, do povo negro e de pessoas pobres, entre outros grupos subalternizados.

Precisamos refletir que devido à colonialidade o paradigma hegemônico demarca as concepções de classe, raça, gênero, educação ou saúde, como tantas outras categorias que perpassam nosso ser e viver. Assim, é continuado o processo de colocar nossos saberes e fazeres no não lugar da desumanização. Nesse sentido, é comum aparecer perspectivas que binarizam

e estratificam a complexidade dos sujeitos por meio de categorias como homem x mulher, centro x periferia, entre outras; ignorando as particularidades e disputas internas nessas categorizações (ALMENDRA, 2014).

Observar a existência desses marcadores sociais também nos ajuda a entender *por que, com quem e para que* as práticas educativas pesquisadas são realizadas. Para tanto, consideramos a colonialidade, isto é, as consequências históricas do colonialismo e buscamos pensar caminhos para continuar nosso processo de emancipação a partir da educação como prática da liberdade (FREIRE, 2014; hooks; 2013). Pensar os marcadores sociais da diferença a partir da colonialidade é reavivar a resistência histórica de muitas sujeitas. "Corpos destituídos de alma, em que o homem colonizado foi reduzido a mão de obra, enquanto a mulher colonizada tornou-se objeto de uma economia de prazer e do desejo" (COSTA E GROSGUÉL, 2016, p. 19). Muitas dessas pessoas não reconhecidas como capazes de produzir conhecimentos ou deliberar sobre suas vidas permanecem tutelados por essa hegemonia, enquanto outras seguem organizando coletivamente suas resistências.

Ao considerar as participantes da pesquisa a partir da trama interseccional, dialogamos com o conceito colonialidade de gênero (LUGONES, 2014). Esse conceito se articula com a interseccionalidade ao pautar as relações de poder imbricadas no gênero, classe, raça, sexualidade (e outras), sem reduzir o debate feminista à questão de gênero, pois mesmo dentro dessa categoria encontramos elementos que acentuam (ou não) a dominação (HIRATA, 2014; CRENSHAW, 2002). María Lugones (2014) destaca que a princípio as nativas das colônias eram compreendidas como fêmeas conferindo uma conotação de não humanas às mulheres não-brancas. Além disso, a autora aborda como essa lógica ainda repercute na vida dessas mulheres perpetuando processos de desumanização. Devido a seus outros modos de ser, saber, curar e partilhar elas também foram perseguidas, seus corpos violados e seus conhecimentos tradicionais ocultados. Processo que ainda hoje assistimos com o genocídio da população negra e indígena e apagamento dos seus saberes. Podemos

(...) nomear não somente uma classificação de povos em termos de colonialidade de poder e de gênero, mas também o processo de redução ativa das pessoas, a desumanização que as torna aptas para a classificação, o processo de sujeitificação e a investida de tornar o/a colonizado/a menos que seres humanos (LUGONES, 2014, p. 939).

Por outro lado, a decolonialidade, ou o duro processo de tecer resistências<sup>20</sup> diante de um processo histórico desigual que ainda hoje marca nossa sociedade, faz circular outros

---

<sup>20</sup>Embora o conceito decolonialidade seja recente, "surgido na virada do milênio" (COSTA E GROSGUÉL, 2016, p. 16) vale lembrar que as formas de resistências ancestrais são muito antigas. Muitas delas conseguiram

conhecimentos e práticas possíveis. Isto é, inscreve as tentativas de ir além das categorias exclusivas do saber tecnocrático eurocêntrico.

Na tentativa de perceber as diferenças e as especificidades que constroem o gênero feminino se manifesta a questão racial e de classe. Olhando para essas categorias percebemos experiências vividas de modos muito diferentes entre mulheres brancas e negras. A participação das pessoas negras entre os vulneráveis, pobres e extremamente pobres nos últimos vinte anos se manteve sempre maior que o dobro do percentual da população branca. "Entre o contingente que vivenciava, em 2009, a extrema pobreza, 48% eram homens, 52%, mulheres, e aproximadamente, 74% deste contingente era constituído por pretos, pardos e indígenas" (SILVA, 2013, p.115). Embora o rendimento das mulheres negras seja aquele que mais se valorizou<sup>21</sup> nos últimos 20 anos (aumentou em 80%) (IPEA, 2015) ainda são elas que vivem em condições mais duras. Observamos uma manutenção na mesma ordem histórica de rendimentos onde homens brancos têm renda *per capita* maior que mulheres brancas, homens negros e mulheres negras, nessa ordem (IPEA, 2015). "O baixo nível de renda, tanto individual quanto domiciliar *per capita*, restringe as liberdades individuais e sociais dos sujeitos, fazendo com que todo o seu entorno seja deficiente, desgastante e gerador de doença" (BRASIL, 2007, p. 26).

Jurema Werneck (2016) destaca a centralidade da intersecção reafirmada a partir do objetivo III da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (BRASIL, 2007). A política pública "busca inserir a interseccionalidade de gênero e raça como aspecto importante da saúde da população negra, permitindo apontar para um campo de ação específico na área de saúde da mulher" (WERNECK, 2016, p. 539), seja na clínica ou na educação em saúde. Quando utilizamos a metodologia da educação popular em saúde, a questão racial aliada a gênero, nos provoca uma questão: como promover ações educativas baseadas na troca de saberes com populações atravessadas por marcadores sociais da diferença?

Se pensamos a saúde como um direito de cada pessoa os marcadores sociais da diferença precisam ser problematizados. Apenas assim garantiremos os princípios da universalidade, com direitos que sejam, de fato, para todas e todos; da integralidade, compreendendo a complexidade de cada ser humano em seus aspectos psicossomáticos, sociais, espirituais, dentre outros

---

se manter ou se reinventar por meio da cultura oral, apesar do processo histórico de dominação-exploração que nos circunscreve. Atualmente, oportunizamos retomar, sistematizar e pesquisar muitos desses saberes.

<sup>21</sup>Este aumento pode estar associado a programas assistenciais como o Bolsa Família, a regulamentação do trabalho doméstico remunerado (Lei complementar 150/2015) e a políticas reparatórias como reserva de vagas para pessoas negras em universidades (Lei nº 12.711/2012) e concursos públicos (Lei nº 12.990/2014).



aspectos; e da equidade que considere as desigualdades, diferenças e demandas de cada população (WERNECK, 2016). O SUS, baseado na ideia de saúde como um direito universal, intenciona respeitar os princípios da integralidade e da equidade. Nesse sentido, busca considerar a saúde da população negra a partir da análise e combate das desigualdades raciais, interseccionado-a a gênero e classe. Ao pensarmos na saúde pública, gratuita e de qualidade a partir do conceito de equidade, o racismo e o sexismo se manifestam "como fatores estruturais produtores da hierarquização social associada a vulnerabilidades em saúde" (WERNECK, 2016: p. 540).

Se consideramos tais fatores estruturais observamos ainda como a classe social pode produzir experiências distintas em saúde. Classes sociais subalternizadas têm reduzidas suas possibilidades de realizar escolhas esclarecidas. Quando ouvimos relatos de gestantes pobres por exemplo, muitas vezes vemos legitimada a violência obstétrica, que as obriga a passar por processos de parto sem o devido amparo e perpetua a cultura da cesárea. Por exemplo, quando em uma atividade do grupo de grávidas perguntamos as mulheres qual tipo de parto elas preferiam, uma delas nos respondeu não ter escolha. Ao considerarmos as condições de riqueza ou pobreza, podemos notar como é comum confundir inclusão com consumo oferecendo novos produtos mas, perpetuando dinâmicas de exclusão e violência. Quem pode pagar amplia seu poder de escolha e acesso a humanização. E quem não pode?

A humanização é o direito à escolha: do local a ser realizado o parto, da forma de assistência, da posição para o parto, da presença do acompanhante e da preservação da integridade corporal da parturiente e da criança. Assim, o respeito ao parto como experiência pessoal, cultural, sexual e familiar e o fortalecimento do protagonismo da mulher no processo de parturição são pontos importantes para possibilitar a participação autônoma das mesmas nas decisões de condutas e escolhas (MATOS *et al.*, 2017, p. 394).

Catherine Walsh (2012) evidencia como é comum buscar a inclusão por meio de políticas públicas e investimentos estatais e transnacionais subordinados aos interesses do mercado, apontando como o "sistema mundo moderno e (re)colonial" (p. 4) reconstrói a colonialidade. Legitima-se a exclusão pela lógica do mérito, apagam-se os direitos em favor de privilégios alicerçados no consumo. Os produtos têm seus destinos determinados pela classe e os melhores são voltados para os consumidores altos e médios. Estes ainda conseguem acessar muitos conhecimentos e gozar de amplo poder de escolha.

Sabemos que o sistema neoliberal domina o jogo, as regras, as peças e os saberes a fim de garantir privilégios para os seus. Em função disso hierarquiza classes e territórios. O capitalismo com seu discurso universalizante homogeneiza as culturas e ignora as diferenças, mas não "elimina a distância entre as classes nem entre as sociedades em um ponto fundamental

– a propriedade e o controle dos meios de produção”<sup>22</sup> (CANCLINI, 1989, p. 28 [tradução nossa]). Cria-se o mito de que todos podem desfrutar das mesmas benesses e que se não o fazem, necessitam se esforçar mais para poder acessar a cultura dominante. As desigualdades são disfarçadas pela impressão de que todos podem consumir desde que participem da lógica do trabalho, desigualmente distribuído e remunerado, sobretudo quando analisamos questões raciais e de gênero. Cria-se a falsa impressão que todas e todos têm acesso aos bens culturais uma vez que existe uma ampla oferta (CHAUI, 2008). No entanto, os materiais, os conteúdos, o formato do discurso e das políticas públicas são definidas em função das classes dominantes. Ao mesmo tempo, é dificultado o desenvolvimento de outros modos de vida e forçada uma adaptação à lógica hegemônica.

Tais classes, para manter a hegemonia, além do controle dos meios de produção e apropriação da mais valia, controlam os mecanismos de reprodução simbólica e de coerção. Nesse sentido, a cultura pauta as normas sociais e auxilia a naturalizar e perpetuar a estrutura vigente, manifesta no campo da obstetrícia pela medicina intervencionista e tecnocrática. Nesse sentido, a classe, se manifesta como importante categoria para articular e analisar as interdições a que as mulheres pobres são submetidas durante o período perinatal. Aliadas na busca de uma educação popular em saúde que contribua no diálogo entre usuárias do SUS, estudantes e profissionais da saúde precisamos nos perguntar humanização para quem? Observamos mulheres privilegiadas recriarem verdadeiros abismos sociais, enquanto outras, sobretudo as mulheres negras e pobres, morrem no parto ou em complicações de abortos (BRASIL, 2012).

Coadunamos com discursos que negam perspectivas universalizantes por entender que esse tipo de categorização reforça a colonialidade. Consideramos as diferenças e suas articulações para pensar o processo educativo que propomos.

Estou argumentando a favor de políticas e epistemologias de alocação, posicionamento e situação nas quais parcialidade e não universalidade é a condição de ser ouvido nas propostas a fazer de conhecimento racional. São propostas a respeito da vida das pessoas; a visão desde um corpo, sempre um corpo complexo, contraditório, estruturante e estruturado, versus a visão de cima, de lugar nenhum, do simplismo. (HARAWAY, 1995, p. 30)

Entender desde onde falamos pode ser um caminho para questionar as múltiplas opressões, explorações, apagamentos e resistências que marcam a história de quem escapa à

---

<sup>22</sup> *elimina la distancia entre las clases ni entre las sociedades en el punto fundamental – la propiedad y el control de los medios de produccion".*

norma. Por meio desta trama interseccional, analisaremos a seguir como gênero e raça influem na prática educativa pesquisada.

## 2.2 A violência obstétrica como uma violência de gênero

O marcador social gênero não pertence ao âmbito das determinações biológicas, mas sim, ao campo fenomênico-existencial onde o gênero inscreve certa forma de vivência. É necessário "perceber o gênero fazendo parte do sujeito, constituindo-o" (LOURO, 2003, p. 25), sem fixar identidades. Compreendemos gênero como uma categoria histórica e socialmente construída que analisa as relações entre homens e mulheres, mulheres e mulheres, homens e homens (e pessoas não binárias). O gênero pode manifestar-se de múltiplas maneiras ao longo da história de um sujeito individual ou coletivo.

Ao evidenciar sua ausência na produção de conhecimento, nas artes e na política<sup>23</sup>, assim como a desigualdade salarial e de direitos, os movimentos de feministas denunciam o quanto as mulheres sofrem processos de exclusão e violência. Quando consideramos a colonialidade de gênero (LUGONES, 2014) recuperamos um percurso histórico legitimador da violência contra as mulheres, demarcando as relações de poder pelo viés do gênero. Nesse sentido, a utilização da culpa e do medo são frequentes em nossas histórias de vida (PUJANA, 2014; SOLNIT, 2017), inclusive nos responsabilizando pela violência que sofremos (quantas mulheres sofrem violência e são culpabilizadas em vez de se responsabilizar o agressor?). No Ocidente, e por onde a colonialidade se expandiu com auxílio do cristianismo, o mito pelo pecado original imputado à “primeira mulher” reforçou uma cultura de violência onde a culpa é sempre dela (JONES, 2004; PORTO, 2011). Tal lógica propagou a ideia de expiação da culpa do pecado original com as dores do parto. Muitos mecanismos de silenciamento, fortalecidos por essa lógica, trouxeram uma sensação constante de medo às mulheres-mães, estas que escolhem gestar e parir.

As violências contra elas estão de tal modo arraigadas que podemos notar seu caráter apriorístico: “Um gravíssimo problema, contra o qual as mulheres, em todo planeta, vem lutando historicamente é a violência que se volta contra elas pelo simples fato de existirem”

---

<sup>23</sup> Perspectiva que vergonhosamente, ainda, vigora no cenário político nacional. Apesar de sermos maioria numérica 51% da população (IBGE, 2010) ainda ocupamos 9,9% na Câmara dxxs Deputadxxs e 13% no Senado segundo portal da Câmara (2016).

(VENEZUELA, [tradução da autora] 2007, p. 03)<sup>24</sup>. Norbert Elias (1993), ao descrever o processo civilizador, nos alerta como o controle e as constantes violências exercidas por terceiros se transformam em autocontrole. As sujeitas que as vivenciam têm, muitas vezes, dificuldades em entender, nomear e intervir contra esse processo. Assim, atividades antes naturalizadas, como parir e amamentar, foram se tornando estranhas e passaram a demandar uma série de saberes e técnicas (agora controladas por especialistas). "As atividades mais animais são progressivamente excluídas do palco da vida comunal e investidas de sentimentos de vergonha" (ELIAS, 1993, p. 194). De tal modo, o rechaço a essas atividades se naturalizaram deixando um ambiente confortável para disseminação da violência. Esta atravessa as experiências de vida de modo estrutural, sobretudo quando a violência de gênero se intersecciona com outras formas de opressão.

Para mulheres que engravidam, uma das muitas dimensões da violência de gênero, se dá pela violência obstétrica. Por que essa violência é tão recorrente em nosso sistema de saúde, justamente no momento de demanda por cuidados e amparo? Por que tanto as mulheres que decidem ter um parto, quanto aquelas que abortam (por escolha ou não) estão expostas a violência obstétrica?

Todas as participantes dos grupos de grávidas e mães, que acompanhei de junho de 2016 a dezembro de 2017, relataram ter vivenciado algum tipo de violência obstétrica durante o período perinatal ou ter sentido medo, sobretudo do parto. Muitas reclamaram da maneira que são tratadas durante o pré-natal. Também era comum elas dizerem que preferiram ignorar a violência sofrida por receio a represálias por parte da equipe de saúde. Narro um relato<sup>25</sup> feito por M. (2016), mulher negra e na ocasião, puérpera, 25 anos.

Durante o primeiro chá de bebê coletivo que participei, em 2016 M. fez uma fala contando a experiência do nascimento da sua filha, quando estava em uma maternidade pública da cidade. Contou que recebeu muitos toques, que ela ficava com vergonha e sentia dor. Ela falou: "A médica ficava só assim: "Ai garota você num tá sentindo nada, ai garota." Tudo era ai garota. "Ai garota, num sei o que" e eu olhando pra cara dela assim neh e não falava nada, senão ela ia me machucar neh".

O relato se soma a outras vozes que denunciam o quanto procedimentos e posições são impostos. Ainda é comum, durante o trabalho de parto, elas serem expostas ou ficarem isoladas (apesar da legislação que lhes garante acompanhamento no parto e um tratamento humanizado). Essa violência no momento de dar a luz ou abortar marca

---

<sup>24</sup>"Un gravísimo problema, contra el cual han luchado históricamente las mujeres en el planeta entero es la violencia que se ejerce contra ellas por el solo hecho de serlo".

<sup>25</sup>Parte desta narrativa foi apresentada no capítulo 2.1, p. 41.

(...) a apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres por profissionais da saúde, que se expressa em um tratamento desumanizador, em medicalização abusiva e patologização dos processos naturais, trazendo consigo perda de autonomia e capacidade de decidir (...)<sup>26</sup>. (VENEZUELA [tradução nossa], 2007, p.30)

A medida que as mulheres foram afastadas da companhia de outras e perderam o domínio sobre os modos de parir observamos uma série de violências naturalizadas, contribuindo, ainda hoje, para índices altos de mortalidade materna, sobretudo entre as mulheres negras. Em 2011 a Razão de Mortalidade Materna no país era “68 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos” (BRASIL, 2011, p. 350), quase o dobro da meta prevista segundo os Objetivos do Milênio para 2015 (NAÇÕES UNIDAS, 2013), onde o Brasil deveria reduzir seu quadro de mortalidade materna para no máximo 35 óbitos. Segundo a Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde, interseccionando gênero e raça, nota-se que entre 2000 e 2010 enquanto o índice de morte por causas diretas caiu entre as mulheres brancas, aumentou entre as negras. Esse índice equivale a 67% das mortes (por aborto, hipertensão e infecção puerperal) (BRASIL, 2012).

Destacamos os casos de aborto, onde é recorrente as mulheres serem tratadas como suspeitas ou criminosas, ameaçadas de serem entregues à polícia ou ficarem aguardando demasiadamente por atendimento (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012). Relato uma conversa mantida com L. (2017), durante a primeira atividade no grupo de 2017/02.

Na época ela estava gestante. Mulher negra contou durante uma atividade como foi tratada em um hospital público de Niterói, quando sofreu um aborto. Disse que ficou sentada mais de uma hora num banco, disseram não tinha onde ela ficar. Segundo ela depois de uma longa espera, ela falou: “Eu disse tá. Esperei muito e fui ficando irritada. Chamei o médico. Ele passou sem falar comigo. Aí eu cerquei e falei: “Olha eu trabalho, eu tenho marido, tenho casa. Eu perdi meu bebê e tô sofrendo muito. Você acha que eu tirei? Não. Eu perdi, tá doendo e eu preciso de ajuda, preciso ser atendida pelo amor de Deus”. L. (2017) contou que o médico ficou olhando e não fez nada. Ela precisou ir embora para outra maternidade e lá conseguiu atendimento. Disse: “Tive que fugir do primeiro hospital”.

Durante vários encontros conversamos sobre suas experiências anteriores na atenção básica e em maternidades de Niterói e região. Eram comuns relatos como o apresentado, sobretudo quando compartilhavam suas experiências de aborto, elas contavam histórias de medo e desamparo. Mais de uma vez uma mulher nos contou que precisou fazer ameaças para conseguir atendimento. Também é comum, devido aos estereótipos de classe e raça, elas necessitarem justificar seu estado civil e sua condição de trabalhadora, como se precisassem afirmar para as equipes de saúde que estavam “aptas” a serem mães.

---

<sup>26</sup>(...) *la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir (...).*

A violência obstétrica geralmente vem acompanhada de outros tipos de agressões como esterilização forçada, racismo, discriminação social, violência psicológica e intimidação.

As justificativas para políticas que comprometem os direitos reprodutivos de mulheres pobres e de minorias, tais como a esterilização, o controle forçado da natalidade e a imposição de punições econômicas e outros desestímulos à gravidez, são, muitas vezes, baseadas em imagens preexistentes de mulheres pobres ou étnicas como sendo sexualmente indisciplinadas. Isso poderia ser enquadrado como discriminação interseccional, já que os aspectos da subordinação nessas imagens derivam, simultaneamente, de estereótipos de gênero preexistentes que apontam diferenças entre mulheres, baseados em percepções da conduta sexual e, também, de estereótipos raciais e étnicos, os quais caracterizam alguns grupos como sexualmente indisciplinados. Consequentemente, as mulheres que estão na intersecção desses estereótipos tornam-se especialmente vulneráveis a medidas punitivas, baseadas em como suas identidades são percebidas pelos outros (CRENSHAW, 2002, p. 179).

O próprio exercício da sexualidade das mulheres negras e pobres permanece controlado por sujeitos que as criminalizam por se tornarem mães.

Procedimentos que fazem parte da rotina nos hospitais brasileiros nos fazem compreender a escolha não esclarecida de muitas mulheres pela cesariana<sup>27</sup>. O Brasil lidera o *ranking* de cesárias eletivas (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012), isto é, de um procedimento cirúrgico indicado (muitas vezes sem necessidade) por um modelo tecnocrático que desencoraja<sup>28</sup> as mulheres a parir. Vigora uma lógica intervencionista que manipula e aliena a mulher diante seus processos reprodutivos. Mas, submeter uma pessoa sã a uma cirurgia quando essa não é necessária não é também uma violência? Era comum, durante os grupos de apoio, as participantes relatarem preferir esse procedimento por medo da dor e do parto, dois aspectos problematizados em vários encontros. Muitas que tiveram gestações anteriores foram convencidas que seus corpos não estão aptos a parir. Um modelo de tal modo eficiente que, muitas mulheres se furtam, inclusive, da necessidade compreender o que significam suas gestações e quais escolhas tomar. Tal estrutura

(...) teria também como finalidade comunicar à mulher a superioridade do nosso conceito cultural de tempo como linear, mensurável e associado à produtividade, e o

<sup>27</sup>“A realização de parto cesáreo aumentou no País de 38,0% em 2000 para 52,3% em 2010” (BRASIL, 2011, p. 23). Observamos na referência apresentada pelo Ministério em Saúde uma discordância com profissionais da saúde que fundamentam suas práticas na medicina baseada em evidências e ativistas pelo parto humanizado, que consideram parto os nascimentos pelas vias fisiológicas, não reconhecendo a cesariana como parto, mas, sim, como um procedimento cirúrgico. Ainda sobre as cesárias, evidenciamos que “Segundo a publicação da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) que analisa a situação de todos os países, taxas de cesariana acima de 15% sugerem uso abusivo deste procedimento” (BRASIL, 2011, p. 26). Vale lembrar nosso reconhecimento da necessidade desta intervenção cirúrgica quando bem avaliada e bem indicada.

<sup>28</sup>“(…) as mulheres deveriam viver o parto (agora conscientes) imobilizadas, com as pernas abertas e levantadas, o funcionamento de seu útero acelerado ou reduzido, assistidas por pessoas desconhecidas. Separada de seus parentes, pertences, roupas, dentadura, óculos, a mulher é submetida à chamada "cascata de procedimentos" (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 12)”.

tempo profissional como mercadoria valiosa – enfim, a superioridade das necessidades da instituição sobre as decisões da mulher. Comunica também que o corpo da mulher deveria funcionar como uma máquina e, se não está produzindo sozinho as reações consideradas adequadas à produtividade institucional (contrações, dilatação), esse corpo é uma máquina defeituosa, cujo ritmo deve ser corrigido, e submetido ao das instituições e profissionais (DINIZ, 2002, p. 525).

Quando falamos em violência obstétrica tratamos também de violência institucional. Assim, podemos observar relações de poder desiguais implicadas nas rotinas dos profissionais da saúde que mantêm uma prática desumanizada, onde as decisões são centralizadas na figura do médico. Muitas vezes encarceradas em seus procedimentos de rotina as equipes demonstram grande resistência em reconhecer a violência em suas práticas. Essa falta de reflexão dificulta o desenvolvimento da humanização da saúde no Brasil, especialmente quando esta alienação está vinculada a motivações financeiras (no caso das cirurgias cesarianas eletivas que demandam uma equipe maior e menor disponibilidade de tempo que no parto vaginal) e motivações religiosas (sobretudo, em casos de aborto um tabu que naturaliza a violência obstétrica e o alto índice de mortalidade materna).

Quando se trata de saúde reprodutiva é rotineira a violação ao direito à informação e a tomada de decisão esclarecida. É comum também a infantilização das “mãezinhas” o que reforça o quanto o sistema de saúde não as reconhece como sujeitas pelo simples fato de serem mulheres-mães. Não compreendidas como pessoas com autonomia sobre seus corpos é comum relatos de mulheres que foram obrigadas a fazer cirurgia cesariana, que tiveram as trompas ligadas ou que a elas ou seus filhos foram ministradas medicações ou feitos procedimentos sem que lhes fosse informado. Quando se necessita de seu consentimento é comum o procedimento se reduzir a um "assine aqui" retirando da mulher o protagonismo na hora de parir (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012). Este modelo legitima o “efeito cascata” produzido por uma série de procedimentos, intervenções e tecnologias que tiram o protagonismo da mulher e fazem necessário o aumento de intervenções médicas.

Se não há resistência ao poder, há apenas uma das maiores manifestações deste, há violência (ARENDR, 2006, FOUCAULT, 1999). Que fazer? Apenas perceber as desigualdades não basta. Para transformar a nós mesmas, nossas condições de vida e os conhecimentos que produzimos é preciso um exercício diário de escuta, de (auto)formação e resistência coletiva. Defendemos que um desses caminhos se faz pela troca de saberes nos grupos de gestantes. Nós acreditamos que combater a violência de gênero e fomentar formas de resistência entre mulheres auxilia na troca de saberes entre as participantes e na criação de vínculo entre elas. Se há vínculo com estudantes da área da saúde, os grupos podem ampliar a formação, por meio de vivências e problematizações com usuárias dos serviços de saúde. Esses conhecimentos podem

ainda auxiliar na denúncia de violências, na luta pela criação de políticas públicas voltadas às mulheres-mães pobres e negras e no reconhecimento de saberes populares relacionados a gestar, parir e partejar.

Se ainda é comum esses conhecimentos serem de domínio exclusivo da equipe de saúde os grupos de apoio a gestante são um espaço importante para informá-las. Discutimos a questão da violência obstétrica nas três edições dos grupos de gestantes que participei para construir esta pesquisa. Com o acúmulo das nossas vivências construímos um Plano de Parto (Anexo II) que serviu de guia para discussão do tema. No grupo de 2017/02 em dois encontros, a medida que a gente se esclarecia sobre os procedimentos e técnicas mais comuns de serem realizadas nas maternidades elas podiam escolher o que gostariam ou não de vivenciar nos nascimentos de suas crias elaborando cada uma um documento com suas escolhas esclarecidas. Este tema gerador que auxiliou a problematizar a questão da violência obstétrica e a refletir sobre a parto e nascimento foi uma das experiências mais representativas que vivenciei durante a pesquisa, conforme relato a seguir, onde destaquei algumas discussões sobre plano de parto.

Começamos a atividade esclarecendo o que é um Plano de Parto. Perguntei: “Alguma de vocês que já teve filho ou acompanhou alguém que tava parindo foi perguntada ou informada sobre qual procedimento você gostaria que fosse feito em você ou com seu bebê?” As gestantes disseram que não. Expliquei: “Essa folha que vocês têm em mãos é o plano de parto. É um documento também, a gente vai precisar de muita atenção pra preencher. Com ele vocês vão poder esclarecer as suas dúvidas sobre os procedimentos e as intervenções que podem acontecer quando vocês forem pra alguma maternidade da cidade. Entendendo o que acontece na hora do parto, dá pra vocês opinarem sobre o que gostariam ou não que fizessem com vocês, neh?! A ideia é fazer um plano mesmo, não é uma receita que é igual pra todo mundo ou um mapa que todas vão seguir igualzinho, até porque cada pessoa tem um jeito diferente. Ah, os procedimentos também mudam de acordo com as regras da maternidade de referência que vocês escolherem. Enfim, isto é uma proposta, um caminho possível pra vocês aprenderem sobre o próprio parto e poder conversar com a equipe de saúde sobre o que é possível fazer”.

Lemos o cabeçalho do Plano de Parto: “Estamos cientes de nossos direitos e que o parto pode tomar diferentes rumos. Abaixo listamos nossas preferências em relação ao nascimento do nosso bebê. Sempre que os planos não puderem ser seguidos, gostaríamos de ser avisadas e consultadas a respeito das alternativas”. Conversamos sobre a importância de entender o que está acontecendo nos próprios processos de saúde. Elas dizem ter medo do hospital, do médico... Falamos sobre como podemos contar as contrações e observar os sinais do corpo para decidir a melhor hora de descer o Morro e ir a maternidade. Refletimos sobre o quanto fomos educadas para achar que parto é sinônimo de sofrimento... Esclarecemos que em gestações de risco é preciso ter cuidados específicos, além de mais contato e esclarecimento entre a parturiente e a equipe de saúde. Preenchemos os campos com dados pessoais refletindo sobre a importância de cada detalhe. O plano de parto funcionou como um guia para a discussão, onde debatemos ponto a ponto. Neste relato, recuperei apenas cinco itens deste debate.

Comecei lendo o item: “Sem raspagem dos pelos pubianos [tricotomia] e lavagem intestinal [enema]”. Expliquei que estas intervenções se tornaram procedimento de rotina, isto é, aquilo que uma equipe de saúde se acostumou a fazer, nem sempre sendo



necessário. B. (2017) comentou: “Já raspam uma vizinha todinha no parto, até cortaram ela na hora de raspar”. Eu disse: “Existia a ideia que os pelos eram sinal de sujeira, que podiam fazer mal. Tinha que raspar”. R. (2017) completou: “Nem pra preventivo precisa raspar, a minha médica me contou, só raspa se quiser. Eu raspo por causa da minha higiene pessoal, mas tem gente que não. Normal”. S. (2016) continuava frequentando os encontros nos auxiliando na facilitação do grupo, comentou: “E raspar tudo nem é bom. Hoje em dia a gente sabe que os pelos são proteção pra mulher”. P. (2017) disse: “Mas na dúvida, pra isso não acontecer, eu quero raspar em casa, antes de ir para maternidade”. D. (2017) brincou: “Você tá falando assim por que sua barriga tá pequena, quando fica assim grandona é difícil mexer aqui embaixo”. (...)

Outro procedimento que rendeu uma boa conversa foi: “Quero ser explicada sobre os procedimentos em uma linguagem que eu entenda”. Para explicar esse ponto perguntei: “Quem sabe o que é episiotomia?”. P. (2017): “É palavrão, tá me xingando?” D. (2017) perguntou: “Fazem isso na gente?” Expliquei: “É um corte que fazem na região da vagina, numa parte que chamamos de períneo”. C. (2017): “Fazem onde?” Eu: “Um corte que alguns médicos fazem, na região da vagina, na pele e nos músculos da região do períneo. Olha que contradição, com argumento de preservar esta região eles cortam. Mas hoje em dia existem evidências científicas, ou seja, pesquisas comprovando que este corte não é necessário e pode até ser uma coisa que complica um parto vaginal”. S. (2016) falou: “As vezes cortam até no buraco de trás é uma coisa horrível.” P. (2017): “Que isso, sério?” Eu: “Precisamos entender que nosso corpo se adapta ao nascimento, mesmo quando o bebê é grande, o corpo se abre o suficiente para o bebê sair e quando ele é maior as vezes lacera, isto é, rasga, mas só o suficiente pro bebê nascer também. Geralmente a laceração natural é menos grave que o corte com tesoura ou bisturi que o médico faz. Às vezes quando fazem esse procedimento, a tal da episiotomia, pode cortar mais que o necessário. O mesmo na hora do ponto [sutura] por causa deste corte ou da laceração. Tem que ter atenção para o procedimento não virar violência. Ah, lembrando que na hora de costurar é importante aplicar a anestesia. Tem lugar que cortam sem precisar e tem lugar que dão o tal do ponto do marido. Já ouviram falar? Costuram mais que o necessário e na hora de voltar a ter relações sexuais fica muito dolorido”. P. (2017): “Mentira! Eu acho que isso aconteceu comigo, foi muito, muito difícil voltar a ter relações com meu esposo. Eu achava que era um problema comigo. Eu ia morrer sem saber, achei que era o parto que deixava a gente machucada por causa do ombrinho do bebê”. Eu: “P. (2017) vamos voltar a falar desse assunto quando formos falar de sexualidades, é importante entender a musculatura desta região, trabalhar ela e como protegê-la. (...) Então mulheres, se alguém perguntasse pra vocês sobre episiotomia sem explicar o que é?” D. (2017): “Eu ia deixar fazer, sem saber o que era. Eu não sabia de quase nada quando tive meus outros filhos, o doutor chega e manda e a gente faz”. C. (2017), por outro lado disse: “Eu ia perguntar porque pergunto tudo”.

Passamos a mais um item: “Sem rompimento artificial de bolsa, toques repetitivos ou medicação em excesso”. P. (2017): “Nossa! Esse eu sei, quando eu fui ter o meu filho, vinha uma enfermeira com dedo gordo e fazia assim oh, muito. Com os dois dedos ainda. Doía demais. Eu falava que tava doendo muito. Ela fechava a cara e mandava eu pará de reclamar, que era assim mesmo”. (...) Eu: “Tem lugares como os hospitais universitários, né pessoal da medicina, que eles estudam a teoria e depois onde fazem a prática?” C. (2017): “Ni nós”. Eu: “Pois é, se tiverem vários alunos as vezes todos fazem o toque pra aprender a medir a dilatação”. D. (2017): “Como assim?” P. (2017) “Um monte de toque com dedo gordo? Sai é fora!” M. (2017) mulher negra, mãe e acompanhante da gestante S. (2017) negra, 29 anos, primípara, ensino médio: “É verdade, eu acompanhei minha outra filha lá [em um hospital universitário], foi assim que foi”. S. (2016): “Por isso é bom a gente saber o que pode ou não” Eu: “O toque pode ser feito pra saber da dilatação sim, mas não precisa ficar sendo repetido. Podem utilizar outros métodos menos invasivos para acompanhar a progressão do parto e caso seja feito, tem que ser feito com respeito a mulher”.

Passamos a mais um item: “Quero poder beber água e comer algo adequado”. Expliquei: “Gente, um trabalho de parto pode se alongar por várias horas. Antigamente, tinha a ideia que alimentação e água podiam atrapalhar o andamento do trabalho de parto e a mulher precisava ficar em jejum; mas, hoje em dia as evidências apontam que não”. P. (2017): “Ahhh não podia mesmo não, no meu parto eu tava morrendo de sede a médica disse que não podia beber nada, minha mãe ficou passando um pano molhado só do lado de fora da boca. Foi um sofrimento só.”. D. (2016) continuava frequentando os encontros nos auxiliando na facilitação do grupo, comentou satisfeita: “No meu parto agora, [em uma maternidade da região] me deram tudo: vitamina, almoço, água. A enfermeira lá falou que não tem problema nenhum”. Eu: “Então pessoal tem hospital que já entende isso e oferece comida e água, mas se não oferecer vocês podem levar”. J. (2017), marido de S. (2017): “Pode não, no parto da minha outra filha a gente foi levar e não deixaram não. Eles revistam a bolsa, pra ver se tem comida, olham tudo, tudo mesmo. Parece até que a gente é bandido. Eu tive entrar com a comida e a água aqui oh, dentro da calça”. Eu: “Eles revistam a bolsa? Uau, a que ponto chegamos! Não sabia...” S. (2016): “Revistam sim”. Eu: “Então pessoal, a gente precisa de estratégia. Já que tem lugar que não deixa comer nada, vai pro hospital, tenta fazer um lanchinho leve em casa. Eu sei que nesse período as vezes vocês têm dificuldade de comer, mas vai sair de casa come um biscoito, uma fruta, uma água antes de dar entrada no hospital”.

Apresento ainda o item: “Na hora do nascimento gostaria que o campo fosse abaixado para que eu possa ver o neném nascer”. Nos nossos dias, ainda pensamos o nascimento a partir de um contexto de saúde cesarista. Muitas relataram problemas de saúde que demandou fazer cesáreas. A decisão sobre o tipo de parto precisa ser da mulher e cabe aos serviços de saúde orientá-las e respeitá-las em seus desejos. Quando falei sobre esse item, R. (2017) ficou emocionada: “Pode isso? É meu sonho, ver um filho meu sair de mim!” D. (2017) perguntou: “Da barriga, credo, não quero ver de jeito nenhum” Eu: “Pois é pessoal, estamos falando de escolhas possíveis, cada uma pode pensar, escolher e negociar com a equipe o que quer para si e pro bebê”. R. (2017) completou: “Quem quer marca, quem não quer, não gosta de sangue deixa em branco”.

Concluo este relato com o item: “Eu ou o/a acompanhante receber explicações sobre procedimentos com o bebê”. Comecei a explicar: “Se você não tiver em condições o acompanhante pode ajudar nisso, pra saber o que está sendo feito numa linguagem...”. P. (2017) completou: “Que nós entenda, porque tem direito pra escolher”.

Meses depois de trabalharmos com o plano de parto, C. (2017) uma das primeiras mulheres a parir, do grupo de 2017/02, retornou. Desde os primeiros encontros, C. (2017) narrou a experiência violenta que viveu ao acompanhar o parto da irmã, sempre repetia: “Tenho muito medo de ficar trancada no hospital”. Voltou ao grupo cerca de um mês após o nascimento do seu bebê, ansiosa para nos contar sua experiência de parto. Ela estudou o plano de parto em casa, conversou sobre ele com a família e conseguiu apresentá-lo a equipe de saúde de uma maternidade pública da região. C. (2017) nos falou: “O melhor pra mim foi o plano de parto, que eu não sabia de muita coisa e aprendi. E elas receberam lá tranquilo. Leram tudinho, fizeram tudo que eu pedi. Não ficaram encima de mim que eu não queria, como eu botei lá também. (...) O negócio da pepeka também foi maneiro. É bom, porque depois que sai os pontos oh, só Jesus. Dói! Ah, eu aprendi a ficar no chuveiro, aprendi aqui. Quando começou a vir a dor eu fiquei no chuveiro. Melhorou bastante, a dilatação também subiu rápido: cheguei lá com oito, já. Fiquei em casa no chuveiro, foi o que ajudou, não demorou muito eu desci e fui para um hospital. Chegou lá e eu continuei fazendo a mesma coisa. A mulher viu tudinho, ela falou que eu ia ficar, bateu o desespero, lógico. Mas aí tranquilo, dei tudo pra ela, ela viu o plano de parto, viu os papéis todinhos, tudo certinho. Viram que eu entendia da coisa, então não me perturbaram muito não. Me

deixaram quieta, como tava escrito lá no papel. Só falava quando eu perguntava, ou as vezes me ajudava em alguma coisa... Pedia pra eu ficar na bola, como estava no plano de parto também. Pra ficar no chuveiro, na cadeira. Só que eu não queria fazer muita coisa não. Tava quieta. Tive ele na sala de pré parto, pediram pra arrumar a sala de parto, mas aí já era, já foi, nasceu! (...) Graças a Deus meu bebê tá aqui, neh. Ah, e graças a ajuda do grupo também. Foi bom pra caramba pra mim e pro bebê.” Ela estava satisfeita e orgulhosa de si. Considerava ter vivido um parto mais digno que o da irmã, que ela havia acompanhado antes de engravidar. Estava revigorada com a experiência do parto e agradecida pelo processo.

A medida percebíamos como a troca de saberes era capaz de colaborar com as resistências das mulheres-mães participantes, outros temas para além das questões de saúde eram pautados. Entre eles destacamos a questão da mulher negra que será discutida a seguir.

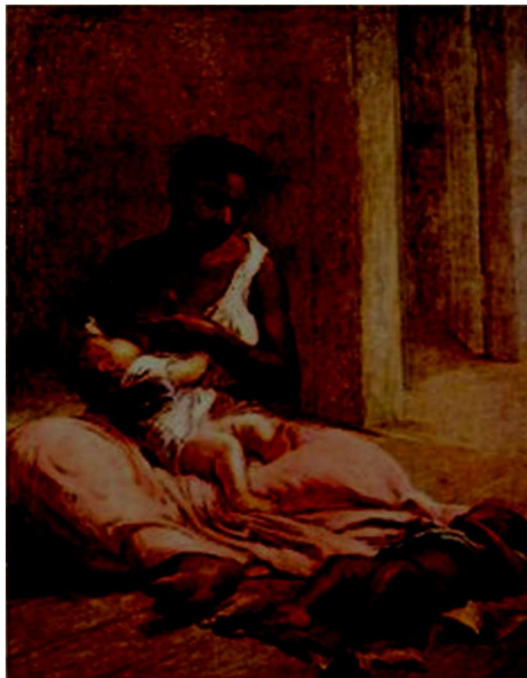
### 2.3 A cor da dor do parto: a questão da mãe preta e dos racismos

Quando os pretos falavam: "-Nós agora, estamos em liberdade" eu pensava: "Mas que liberdade é esta se eles têm que correr das autoridades como se fossem culpados de crimes? Então o mundo já foi pior para os negros? Então o mundo é negro para o negro, e branco para o branco!"

*Carolina Maria de Jesus, 2007*

Aludimos a mãe preta no singular, não por um reducionismo apressado que tenta unificar as diversas feminilidades e negritudes. Não acreditamos que seja possível pensar a questão das mulheres negras, das violências que sofrem e das formas de resistência e cuidado que elaboram de uma maneira unívoca (PACHECO, 2013). Queremos destacar que embora sejam diversas em suas ancestralidades, modos de vida e lutas, cada mulher negra é atravessada por uma marca em comum: o racismo. Visto sua abrangência sistêmica e, tantas vezes, naturalizada talvez este seja um dos únicos quesitos capazes de unificar estas mulheres. Outro motivo de propormos o título desta sessão no singular é a memória do quadro Mãe Preta, de Lucílio de Albuquerque (1912).

Figura 01 - Mãe Preta



Fonte: Mãe Preta (1912), Lucílio de Albuquerque. Óleo sobre tela, 180 cm x 130 cm. Museu de Belas-Artes da Bahia, Salvador.

A obra nos remete a um longo processo histórico de violências, que abrange uma cena costumeira, a saber, a prática das mulheres negras maternarem filhos que não são seus. Nesta obra, uma mulher negra amamenta uma criança branca, enquanto seu olhar, ação tão importante

na amamentação para criação de vínculo mãe-bebê, encontra o olhar da sua cria, posta ao chão. A memória desta obra vem me acompanhando durante esta produção como ponto de partida para pensar o cotidiano das maternidades negras e pobres e como força para continuar denunciando as desigualdades e as resistências destas mulheres. Analisada a partir do conceito de colonialidade, a obra indica um lugar-comum que estereotipa as mulheres negras como cuidadoras dando continuidade a ideia da mucama agora como babás ou domésticas.

Quanto à doméstica, ela nada mais é do que a mucama permitida, a da prestação de bens e serviços, ou seja, o burro de carga que carrega sua família e a dos outros nas costas. Daí, ela ser o lado oposto da exaltação; porque está no cotidiano. E é nesse cotidiano que podemos constatar que somos vistas como domésticas (GONZALES, 1984, p. 230).

Essa caracterização complexifica o exercício das maternidades negras visto que desde o período colonial até os dias de hoje muitas destas mulheres-mães precisam sair do âmbito doméstico para trabalhar fora e sustentar suas crias deixadas com as avós, vizinhas, irmãs e irmãos mais velhos ou em estabelecimentos públicos, quando conseguem vaga.

Não podemos ignorar a questão racial, fundamento para o êxito do processo colonial: baseado em práticas nas quais populações inteiras de nativos, por nós denominadas de indígenas, e de pessoas sequestradas do continente africano, foram retiradas de seus modos de vida, separadas e exterminadas em nome do lucro e de uma supremacia branca e eurocêntrica. Retomando aspectos histórico-sociais compreendemos que as diferenças apontadas por marcadores sociais como raça, gênero e território se dão sempre em função de um eixo fundamentado pelo colonialismo. "A construção de narrativas a respeito do "outro" (orientais, negros(as), bárbaros(as), mulheres, jovens) se coloca como estratégia para o reforço do "nós" (...). Trata-se do reconhecimento do "outro" pela negação" (ZANETTI e SACRAMENTO, 2010, p. 26). Se concordamos que a colonialidade ainda vigora e perpetua relações desiguais, a análise e a luta empreendida a partir da categoria racial é de suma importância para combater este processo.

Entender como os discursos e práticas em torno da ideia de raça produzem experiências distintas entre as mães negras e brancas, é fundamental para analisar a violência obstétrica, as relações de gênero e de classe, bem como os desafios da maternagem, ainda maiores para as mulheres negras e faveladas. Muitas delas sofrem com medo e dor a medida que vivenciam o genocídio de seus filhos, companheiros e vizinhos, sobretudo quando jovens. De acordo com a CPI do Assassinato de Jovens, realizada pelo Senado Federal (BRASIL, 2016a) em parceria com o Movimento Mães de Maio, dos quase 60 mil assassinatos registrados por ano no país, 53% são de jovens com idade entre 12 e 29 anos, dos quais 77% são negros e 93% do sexo

masculino. Vivências onde notamos "a violência e os extermínios nas grandes cidades, em que exterminados, extermináveis e exterminadores pertencem às mesmas camadas: não-brancos das favelas e da periferia." (SILVA, 1994, p. 58).

Na saúde, sobretudo quando debatemos o tema da humanização, a questão racial aliada a gênero, nos provoca uma questão emergencial: como solidificar políticas de humanização para populações que historicamente não gozaram do *status* de humanas? Uma questão que precisa ser enfrentada com seriedade e sem relativismos (BRASIL, 2007; WERNECK e LOPES, 2010; IPEA *et al*, 2011). Visto que, 73,3% das participantes da pesquisa se autodeclarou negra, nos dedicaremos a discutir sobre a saúde desta população e alguns dos racismos que sofrem cotidianamente.

### **2.3.1 Racismos: as experiências distintas de nascer e morrer**

A reprodução do racismo perpassa cada espaço da nossa vida, sejamos pessoas negras ou não. Entendendo a ampla abrangência das exclusões dos negros e indígenas e dos privilégios dos brancos, os movimentos sociais negros denunciam o racismo institucional também nomeado como racismo estrutural e sistêmico. Este perpetua estereótipos, preconceitos e discriminações, estabelece hierarquias raciais e relativiza maus tratos e desatenção, ainda que não reconhecidos ou conscientes diante da população negra. Analisar esta dimensão é perceber a intencionalidade do Estado e seus aparelhos, bem como da iniciativa privada que, por meio da reprodução das desigualdades, tornam comum o tratamento desumanizado oferecido a pessoas não-brancas.

O racismo internalizado traduz a “aceitação” dos padrões racistas pelos indivíduos, incorporando visões e estigmas. O racismo interpessoal se expressa em preconceito e discriminação, condutas intencionais ou não entre pessoas. O racismo e o sexismo imprimem marcas segregadoras diferenciadas, que implicam restrições específicas dos direitos desse segmento, vitimando-o, portanto, com um duplo preconceito" (BRASIL, 2007, p. 19).

O racismo, assim como sexismo, produz um efeito sistêmico, muitas vezes naturalizado o que torna comum as iniquidades, a discriminação e, até, o genocídio da população negra e indígena (WERNECK, 2016). Muitas vezes, violências que parecem sutis ou invisíveis aos olhos de quem pratica e, até, de quem sofre (acostumada a uma cultura de violência e silêncio) não tem o devido reconhecimento ou resposta devido ao histórico de desumanização das pessoas negras. Elas marcam as experiências de vida e morte desta população, determinam práticas em saúde e suas precárias condições de vida que, por sua vez, redundam em maior demanda e em agravos na área da saúde.

O racismo serve ainda de barreira de acesso. Nós, negros, temos um tratamento diferenciado, um acesso diferenciado ao sistema de saúde, tanto no que se refere à promoção e à prevenção quanto ao cuidado de saúde. O racismo cria relações dentro do SUS que provocam e contribuem para esse estado de diferenciação. Ele vai impregnar a forma como os trabalhadores e as trabalhadoras realizam seus trabalhos, como negros e negras são atendidos pelo sistema de saúde. Tudo isso junto provoca altas taxas de mortes entre a população negra. *É fato, o racismo afeta toda a cadeia da promoção da saúde até a morte.* O racismo é um determinante e condicionante das condições de saúde por vários motivos. Ele determina as piores condições de vida da população negra na sociedade brasileira, a maior pobreza, as menores taxas de escolaridade, maior exposição à violência, uma série de vulnerabilidades que redundam em agravos de saúde (WERNECK, 2012, p. 22 [grifo nosso]).

A noção de saúde como direito, bem como a de humanização de cada pessoa ou grupo ainda é uma demanda que apenas será superada a medida que enfrentarmos estes racismos no Brasil. Do contrário, as experiências na área da saúde permanecerão como experiências de abandono e não de cuidado. Do público total que utiliza o SUS, 67% é de pessoas negras e a faixa média de renda da maior parte dos usuários está entre um quarto e meio salário-mínimo (IPEA *et al*, 2011).

Além da desumanização absoluta que fundamentava a exploração das pessoas negras no regime escravista no país, após o fim oficial da escravidão, políticas eugenistas mantiveram as negras e negros alijados de seus direitos, entre eles o direito a saúde e a vida. Ao mesmo tempo as estratégias de adaptação, autocuidado e resistência se multiplicavam criando modos alternativos de cuidar<sup>29</sup>.

Somente com a criação do SUS, a partir de 1988, começamos a ter a saúde da população negra, de fato, considerada pelo Estado. A partir da Constituição Federal de 1988, após pressão dos movimentos populares, entre eles do movimento social negro a saúde passou a ser promovida pelo SUS e a figurar entre os direitos universais (assim como a educação ou o direito à moradia) (BRASIL, 2007). Isto é, direito de toda pessoa brasileira (BRASIL, 1988, art. 194). No entanto, temos ciência de que a ideia da universalidade é constantemente utilizada para esconder as diferenças de acesso, de modos de vida e de direitos, sobretudo quando a premissa da universalidade tenta igualar uma população tão diversa quanto a nossa.

Apenas a partir dos anos de 1990 é iniciada de forma sistemática a coleta de dados que contemplam a identificação étnico-racial da população brasileira, utilizando-se a categoria raça/etnia (LEAL *et al*, 2005). No entanto, ainda hoje é comum que esta identificação seja ignorada ou subnotificada: preenchida pela equipe de saúde de acordo com suas compreensões sobre raça ou questionada a resposta da usuária ou usuário quando autodeclara sua raça/cor.

---

<sup>29</sup>Muitos desses saberes ligados às religiões de matrizes africanas e as resistências negras vêm sendo apagados pelo fundamentalismo religioso e pela medicina tecnocrática, a serviço da indústria farmacêutica.

Nesse contexto, vemos a importância de debater a questão racial na atenção à saúde com estudantes e profissionais de saúde e com quem utiliza o SUS.

Segundo Jurema Werneck (2016) o racismo institucional “desloca-se da dimensão individual e instaura a dimensão estrutural, correspondendo a formas organizativas, políticas, práticas e normas que resultam em tratamentos e resultados desiguais” (p. 541-542). Tais relações hierarquizantes e violentas, muitas vezes, dificultam ou impedem a demanda por direitos e a participação nas instâncias de poder.

Além de uma causa relacionada a naturalização da violência de gênero, a violência obstétrica e a morbi-mortalidade, maior entre as mulheres negras, também está relacionada ao racismo institucional. No estado do Rio de Janeiro, segundo dados do Comitê Estadual de Prevenção e Controle de Morte Materna e Perinatal do Rio de Janeiro (CEPCMM-RJ) (RIO DE JANEIRO, 2013), a razão de mortalidade materna, analisada a partir da raça/cor e anos de estudo da mulher é três vezes maior entre as mulheres pretas, que entre mulheres pardas e brancas.

A medida que aumentam os anos de estudos, o índice de mortalidade materna cai, embora permaneça maior entre as negras (RIO DE JANEIRO, 2013).

Figura 2 - Gráfico da razão de mortalidade materna segundo cor e anos de estudo, entre os anos 2000 a 2011



Fonte: Relatório anual do Comitê Estadual de Prevenção e Controle de Morte Materna e Perinatal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: 2013.

De acordo com o estudo transversal, realizado entre 1999 a 2001 sobre desigualdades na assistência pré-natal e parto (LEAL *et al* 2005) a qualidade dos serviços e o nível de satisfação das mulheres cai entre mulheres negras de baixa escolaridade. Das 9.933 puérperas, usuárias do SUS, participantes da pesquisa, 51,9 % eram brancas e 48,1 negras (29% pardas e 19% pretas).



Nas mulheres pretas e pardas são maiores as proporções de puérperas adolescentes, com baixa escolaridade, sem trabalho remunerado e vivendo sem companheiro. Sofrer agressão física, fumar, tentar interromper a gravidez e peregrinar em busca de atenção médica foram mais frequentes nas pretas seguidas das pardas e das brancas com baixa escolaridade (LEAL *et al*, 2005, p. 106).

Pensar a saúde obstétrica e neonatal ou a educação popular em saúde sem pensar os marcadores sociais da diferença é universalizar experiências de vida e morte enormemente díspares. Se consideramos a categoria cor, segundo pesquisa realizada na Fundação Oswaldo Cruz (LEAL *et al*, 2005) é possível observar que as mulheres pretas são as que mais sofrem com o racismo institucional, sendo que menos de um quinto delas, sobretudo daquelas que possuíam baixa instrução, realizou pelo menos uma consulta de pré-natal que tenha considerada adequada.

Poucas mulheres declararam ter chegado sozinhas à maternidade, mas ainda assim, foi maior o percentual nas pardas e negras. (...). A peregrinação em busca de atendimento foi de 31,8% entre as negras, 28,8% nas pardas e 18,5% nas brancas. A anestesia foi amplamente utilizada para o parto vaginal nos dois grupos, porém a proporção de puérperas que não tiveram acesso a esse procedimento foi maior entre as pardas, 16,4% e negras, 21,8%. Em relação a estar com o companheiro ou familiar na ida para a maternidade, as gestantes pardas se assemelham às brancas, ficando as de cor preta em condição desfavorável, tendo 4,9% delas chegado desacompanhadas. (...) As mulheres de cor preta e parda são majoritariamente atendidas em estabelecimentos públicos, 58,9% e 46,9%, e nas maternidades conveniadas com o Sistema Único de Saúde (SUS), 29,6% e 32,0%. As brancas, ao contrário, quase a metade, 43,7%, tiveram seus partos realizados em maternidades privada (LEAL *et al*, 2005, p. 103).

Infelizmente, embora ainda insistam em relativizar o racismo e a discriminação racial no Brasil, podemos perceber que a medida que a cor da pele vai escurecendo pioram os indicadores socioeconômicos e acesso a direitos.

Uma das formas de combater ao racismo institucional é pensar as políticas e práticas de saúde a partir do princípio da equidade. Nesse sentido, as desigualdades, subalternizações e apagamentos são considerados e ações estratégicas são desenvolvidas para superá-las (BRASIL, 2007). Um dos eixos do documento *Política Nacional de Saúde da População Negra: uma questão de equidade* (2001) diz respeito a informação da população. Discutir saúde e suas práticas educativas é participar da disputa de sentido sobre humanização, cuidado e gestão pública de saúde, sobretudo de populações massacradas pelas desigualdades. É repensar as formas de atenção e questionar a divisão desigual de saber e poder.

Esta prerrogativa, constantemente atacada por diversos setores, tem requisitado constante explicitação dos elementos e pressupostos adotados

pelos sujeitos que protagonizam a formulação em curso, com destaque para a dimensão dialógica, democrática e emancipatória do processo. São inúmeros contextos e horizontes políticos que se fundem, sem perder sua identidade, para alcançar metas comuns, para construir justiça social e consolidar um ambiente democrático e efetivamente igualitário desde o ponto de vista dos direitos (WERNECK e LOPES, 2010, p. 15).

Entre as possibilidades de enfrentamento das iniquidades em saúde, além de políticas públicas para populações específicas, apontamos a importância de desenvolver outras ações em âmbito institucional ou não, que contemplem práticas educativas, militantes e de acolhimento, assim como ocorre no grupo de gestantes e puérperas pesquisado. Enquanto as práticas educativas e de acolhimento são importantes no sentido de acompanhar, encaminhar e esclarecer as participantes acerca dos serviços de saúde que dispõem e têm direitos; as iniciativas no âmbito da militância visam auxiliar na auto-organização dessas mulheres na luta pela transformação de suas circunstâncias materiais, sobretudo na luta por uma experiência mais humana nos serviços de saúde.

Acreditamos que o acesso ao conhecimento, ainda que por meio da educação não-formal e informal, pode auxiliar as mulheres a compreender seus processos psicossomáticos e sociais e ter uma posição esclarecida na tomada de decisão em saúde. Esse dado se reforça se observamos por exemplo que entre mulheres com menos instrução, em sua maioria pardas e pretas, é maior o hábito de fumar. Também são elas que sofrem mais violências durante a gestação. “As mulheres de cor preta e parda referiram menor grau de satisfação do que as brancas, para o atendimento recebido no pré-natal, parto e ao recém-nascido. Quanto ao nível de instrução, verifica-se que a satisfação cresce com os anos de estudo”. (LEAL *et al*, 2005, p. 104). Observar este dado nos faz concluir o quanto enfrentar a divisão desigual do saber é uma demanda urgente não só para a área da educação, mas também da saúde.

Acreditamos que a educação popular com mulheres-mães, problematizada nesta pesquisa, se soma a estas iniciativas. O Plano Nacional de Saúde da População Negra, mais especificamente a discussão sobre a gestão estratégica pauta a

elaboração de materiais de informação, comunicação e educação sobre o tema Saúde da População Negra, respeitando os diversos saberes e valores, inclusive os preservados pelas religiões de matrizes africanas. E fomento à realização de estudos e pesquisas sobre o acesso da referida população aos serviços e ações de saúde (BRASIL, 2007, p. 42).

Acreditamos que as práticas educativas vivenciadas podem colaborar para combater as relações desiguais de saber e acesso à saúde e, numa perspectiva mais ampla as desigualdades sociais. Promover educação popular em saúde aliada a uma perspectiva interseccional e militante é ainda lutar contra o desmonte do SUS. Sabemos e sentimos no cotidiano que sem

esta política de saúde as populações pobres e negras, viverão em condições cada vez mais desumanas. Sem um sistema de saúde pública ou diante do desmonte do sistema que dispomos, as mulheres negras, tantas vezes responsabilizadas pelos cuidados com a família sofrerão mais ainda.

Debater a questão racial e de direitos das mulheres negras foi um dos compromissos políticos do grupo pesquisado, conforme relato abaixo:

Estavam presentes 6 gestantes, todas negras, além de eu mais duas facilitadoras e uma dupla de fotógrafos. Falar de racismo e beleza negra foi muito importante rendendo um bom debate. Nesse encontro, as gestantes chegaram juntas trazidas pela van da UFF, do Preventório para o Campo São Bento, um parque na região nobre de Niterói. Encontramos uma sombra onde todas se acomodaram, lancharam e começamos uma conversa sobre raça e beleza. Perguntei: “Por que existem tantos preconceitos com as pessoas negras? O que significa crescer achando que o corpo tá fora do padrão? Ouvir que o nosso cabelo não é bom? Que a gente é inadequada? Que não deve reivindicar todos os espaços?”. M. (2016) respondeu: “É racismo!”. Continuei: “A questão racial passa por coisas muito sutis como um olhar torto e vai até o extermínio da população negra”. C. (2016): “Lá no Morro é cada menino que morre, muito triste, sempre os pretim.” M. (2016): “Não pode falar assim não menina, é preconceito.” Eu: “Infelizmente você tá apresentando um dado C. (2016) e deve ser muito difícil pra vocês mulheres negras, com filhos negros perceber isso”. M. (2016): “Eu queria uma vida melhor na minha filha”. (...) Eu: “E quando somos mães o que significa a gente repetir as ideias racistas para nossos filhos e filhas? Se há tanta violência, tanta dor que passa povo negro, que realmente é o grupo racial que mais morre por arma de fogo ou por falta de vagas e atendimento de qualidade nos hospitais. Mas como mães, qual papel nós temos na educação das crianças? Eu sou professora e também penso muito nisso. Como educadoras, como podemos afirmar a beleza, o valor e a resistência das pessoas negras encorajando a lutar contra o racismo? Lutar contra o racismo é lutar pela vida do nosso povo exterminado nas periferias.” M. (2016): “A gente tem que se achar linda, mesmo com nariz de batatinha inchado de grávida, tem que cuidar de nós, gostar do nosso cabelo”. Em dado momento a C. (2016) se perguntou: “Nossa, estou mandando meu filho cortar o cabelo, porque o cabelo dele é ruim. Acho que não posso fazer isso com ele neh? Não quero que ele se ache feio, não posso. Chegar lá em casa a gente vai ter que conversar. Vou respeitá meu filho do jeito que ele é.”

O coletivo compreende a importância por um lado de problematizar com estas mulheres as relações desiguais que enfrentam por sua condição de mães negras e pobres, e por outro construir e reforçar identidades positivas com elas e suas crias. Esse processo de (re)conhecer e tornar-se mulher/mãe negra é um dos instrumentos de construção do autocuidado, de reelaboração e, até, reconciliação com o corpo (grávido) (ZANETTI e SACRAMENTO, 2010).

PAIRAMOS

### 3 UMA EXPERIÊNCIA DE EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE COM GESTANTES E PUÉRPERAS E ESTUDANTES DE MEDICINA

O nome dele era privilégio, mas o dela era possibilidade. A história dele era a mesma velha história de sempre, mas a dela era uma história nova – sobre a possibilidade de mudar uma história que continua inacabada, que inclui todos nós, que tem tanta importância, que vamos assistir, mas também vamos relatar, nas semanas, meses, anos e décadas vindouros.

*Rebecca Solnit, 2017*

O grupo pesquisado (e outros grupos de mulheres-mães), sobretudo aqueles interessados em pensar as maternidades pelo viés da intersecção, se somam a construção de uma outra história. Uma “história que continua inacabada, que inclui todos nós” (SOLNIT, 2017, p. 71), que questiona os privilégios e luta contra as desigualdades. O grupo do Preventório se soma a tantas organizações, coletivos e projetos de extensão que buscam construir “uma história nova” (Idem) por meio da educação popular em saúde. Os temas e as metodologias, as pessoas envolvidas e as transformações possíveis constroem um modo próprio de aprender-ensinar com gestantes e puérperas. Analisaremos a seguir, a partir das narrativas autobiográficas, algumas práticas educativas realizadas.

Embora a saúde e a educação possam parecer distantes se as pensarmos como áreas do conhecimento isoladas, enquanto direitos fundamentais se completam e atuam no sentido da manutenção da vida. A partir da educação em saúde esses campos do saber se interconectam perpassando pelo campo da compreensão, transmissão, avaliação e aplicação de conhecimentos sobre saúde. Encontramos grupos de educação em saúde em USF's, maternidades, movimentos sociais e igrejas.

A prática de grupos tem se constituído num espaço potencial para a diminuição do uso de medicamentos pela rede de apoio que surge através desses grupos, contribuindo para a estabilização das doenças crônicas, a satisfação dos usuários e o próprio fortalecimento desses vínculos pelas ações de cuidado, convivência, afetividade, solidariedade que surgem pela troca que a experiência proporciona (VASCONCELOS, 2016, p. 83).

Considerando os aspectos sociais e culturais de determinada população, a educação em saúde se torna um meio para reflexão e cuidado entre usuários, estudantes e profissionais.

A educação popular em saúde, enquanto política pública (BRASIL, 2013) e práxis de ensino e de cuidado, pauta um processo de construção dialogada de teorias e práticas em saúde.

População, movimentos sociais, profissionais e estudantes atuam na coprodução de saberes, autocuidado e cuidado. Entre seus princípios destacamos o encontro entre conhecimentos populares e científicos, a busca pela transformação social e a defesa da democracia e de direitos em espaços de solidariedade, acolhimento e afeto.

Art. 2º - A PNEPS-SUS reafirma o compromisso com a universalidade, a equidade, a integralidade e a efetiva participação popular no SUS, e propõe uma prática político-pedagógica que perpassa as ações voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a partir do diálogo entre a diversidade de saberes, valorizando os saberes populares, a ancestralidade, o incentivo à produção individual e coletiva de conhecimentos e a inserção destes no SUS (BRASIL, 2013, p. 62)

Amorosidade, diálogo, problematização, construção compartilhada do conhecimento, emancipação e compromisso com o desenvolvimento democrático em uma perspectiva popular são princípios que norteiam a política (BRASIL, 2013).

A educação popular em saúde foi defendida como fundamento do grupo de apoio às gestantes e puérperas, tanto por elas quanto pelo coletivo de estudantes, em todo processo da pesquisa. O relato a seguir, do Chá de Bebê Coletivo, de 2017/01, apresenta algumas dimensões do processo educativo:

Durante esse evento que demarca a conclusão de mais um grupo de gestantes perguntei a mulher-mãe V. (2016): “O que representou pra você participar do grupo do ano passado e desde então continuar colaborando com a gente?” V. (2016) que estava no fundo da quadra onde haviam cerca de 80 pessoas, se levantou com seu filho e disse que queria chegar de frente das outras mães para relatar sua experiência. Ela falou: “É muito gratificante, primeiro foi muito maravilha participar. Eu não sou dessa etapa, eu sou da passada... A minha gravidez com C. [seu filho] foi muito conturbada e nesse encontro eu tive muitas trocas de experiências, muita ajuda e o principal: eu tive afeto. Algumas famílias não tem um ente querido próximo, não tem o companheiro e passa por sérias dificuldades que sozinho não consegue. Aqui, de fato, é nós por nós! Eu tomei isso pra minha vida e eu quero ficar até... a gente conquistar o mundo! Não é o Brasil só não, é o mundo!”

O relato da mulher-mãe e facilitadora do grupo de grávidas V. (2016) pode ser interpretado a partir de alguns princípios da educação popular (BRASIL, 2013; FREIRE, 2014; PULGA, 2014), a saber: 1) a amorosidade, que ela nomeou como afeto, marcando um processo educativo preocupado em trocar além de conhecimentos, sentimentos e sensações; 2) a construção compartilhada do conhecimento e a busca por emancipação, possíveis a partir das “muitas trocas de experiências” e sintetizada em uma máxima sobre a qual refletíamos em diálogo com outros movimentos sociais e de periferias: “Aqui, de fato, é nós por nós” apontando para o reconhecimento de um coletivo que possibilitava a criação compartilhada de conhecimentos e fortalecimento das lutas das participantes; 3) o engajamento para construção de uma perspectiva democrática e popular, considerando que a fala “conquistar o mundo. Não

é só o Brasil não, é o mundo!” enunciada por V. (2016) diz respeito a busca pela transformação social. Um aspecto sobre o qual muitas vezes refletimos, avaliando e construindo soluções que permitissem a elas e aos seus viverem com mais dignidade.

Além de participar das reuniões semanais do projeto de extensão, durante a pesquisa oportunizei acompanhar e colaborar com três grupos de mulheres-mães em 2016/02, 2017/01 e 2017/02. Os encontros destes grupos ocorreram na região do Preventório, em reuniões quinzenais aos domingos<sup>30</sup>. Nestas atividades, elas eram acolhidas num ambiente que priorizava trocas de saberes, experiências e afetos a partir de suas gestações e partos. Poder participar das atividades construiu ricas trocas onde elas e as e os extensionistas se tornaram colaboradoras desta pesquisa e eu me tornei colaboradora do grupo. Coletivamente oportunizamos aprender e ensinar.

As e os facilitadores das atividades eram estudantes extensionistas e as mulheres-mães que participaram de grupos anteriores e permaneceram vinculadas após o nascimento de suas crias. Quem facilita um encontro de educação popular em saúde "além de planejar e buscar as fontes anteriormente assume (...) a postura de coparticipante, que acredita na originalidade da contribuição de cada participante e que, por isso mesmo, não pode prever qual será o resultado final do processo que é chamado a facilitar" (PULGA, 2014. p. 139). A problematização e o diálogo como método permitem que os temas debatidos estivessem sempre em aberto, onde importava mais processo de aprender – ensinar que a assimilação de informações específicas. Durante esta pesquisa também oportunizei facilitar várias atividades, visto minha experiência como doula e educadora. Nós mediávamos os encontros questionando com as gestantes e puérperas os significados de nossas condições de vida e saúde e as possibilidades de transformação destes aspectos.

Também era comum a presença de familiares das gestantes: companheiros, mães, sogras ou filhas e filhos mais novos. Ser acompanhada durante todo o processo proporciona a mulher-mãe sensação de segurança e amparo (PUJANA, 2014). A constante presença de acompanhantes durante os encontros ampliava a dimensão do trabalho educativo e a compreensão sobre a dimensão social e coletiva das maternidades. Nos grupos de 2016/02 e 2017/01 as acompanhantes foram sobretudo mulheres, mas no grupo de 2017/02 começou a haver um envolvimento mais ativo dos pais. Em vários encontros eles se fizeram presentes contribuindo com as discussões, durante as fotos e no auxílio das tarefas. Durante o chá de bebê

---

<sup>30</sup>As gestantes que trabalhavam no mercado formal relataram só conseguir participar deste grupo de apoio. Embora soubessem da existência de outros encontros de gestantes em igrejas e USF's, estes ocorriam em horário comercial, impossibilitando-as a comparecer.

coletivo, por exemplo, eles se organizaram e serviram os quitutes e bebidas da confraternização. Nós que facilitávamos as atividades vimos um grande campo de fortalecimento dos grupos de apoio com a participação dos pais e começamos a pensar em atividades específicas para eles no ano de 2018.

Visto que muitas gestantes tinham outras filhas e filhos, as e os facilitadores também se organizavam para cuidar das crianças enquanto as mães participavam das atividades. Elas eram incentivadas a levar suas crias, assim participavam das atividades com mais tranquilidade, sabendo que sua criança estava por perto e sendo cuidada. Chamávamos de Ciranda este espaço reservado a conversa, brincadeiras e jogos infantis não competitivos. A presença das filhas e filhos também era relevante no momento de fazer as fotos dos álbuns das gestantes.

Durante os encontros ainda trocamos com as e os fotógrafos, profissionais de saúde e lideranças de movimentos sociais. Estas pessoas eram convidadas a compor o espaço e partilhar conosco seus conhecimentos. A cada convite refletíamos com estas colaboradoras e colaboradores externos sobre as dimensões da educação popular, especialmente da escuta e do cuidado, evitando posturas prescritivas e estabelecendo trocas também com quem participava de maneira pontual. Buscávamos construir a dimensão do intercâmbio de saberes e experiências com quem colaborava evitando uma lógica de prestação de serviço ou de caridade. Este processo nos auxiliava a vincular colaboradoras e colaboradores externos. Para tanto, era necessário que as e os fotógrafos compreendessem o processo educativo que estávamos construindo, especialmente as reflexões sobre a mudança do corpo grávido, raça e beleza. Tais dimensões ajudavam a entender porque muitas gestantes costumavam ficar tímidas na hora das fotos e a respeitar seus tempos. Embora elas relatassem que fazer o álbum era algo sonhado, mas fora de suas possibilidades financeiras muitas evitam ser fotografadas nos primeiros encontros. Era necessário construir um vínculo entre elas e quem as fotografava. Ursinhos, sapatinhos, laços e roupas que mostravam a barriga eram levados por nós e por elas para criar ambiente mais apropriado para as fotos. Também pintávamos as barrigas com técnicas de ultrassom natural. Ainda, era comum convidar as e os acompanhantes a compor as fotografias com as gestantes incentivando o olhar, o toque ou a conversa com a barriga. Nesse sentido, destaco o trabalho feito por uma fotógrafa nos grupos de 2017. Mulher negra e educadora, M. (2017), 33 anos, além de fotografar, participava das discussões e ajudava a produzir as participantes para as fotos:

Em um dos últimos encontros de grupo de 2017/02, discutimos os significados daquela experiência para cada uma de nós. M. (2017) também foi convidada a trocar conosco. Eu a perguntei: “E pra você M. (2017), que nem tá grávida e vem aqui a cada domingo fazer as fotos, como você pensa os vínculos e as práticas do grupo?” Ela,

então lembrou porque se vinculou: “Eu me apaixonei pela proposta do trabalho depois que me disponibilizei a vir, eu me apaixonei pelo grupo, mas, principalmente pela noção e senso de coletivo que o grupo tem”. Destacou que essa sensação talvez fosse pelo modo como era feita a mediação, que facilitava diversas trocas e a criação de vínculo: “É tudo muito junto, é tudo muito humano, muito amor. As grávidas são abraçadas e abraçam; as famílias são abraçadas e abraçam. Então, se torna um espaço familiar, um espaço que não é só pra mulher grávida, é pros filhos, pros pais, pra todo mundo”.

Construir um grupo onde as participantes se sentissem acolhidas e respeitadas era uma preocupação constante. Nesse sentido, os temas e as formas de refletirmos sobre eles construía nosso processo da educação popular em saúde. Preocupávamos em garantir espaços de escuta, valorizar a empatia e a sororidade<sup>31</sup> e, expor os temas de maneira simples, por meio de problematizações, questionamentos, narrativas autobiográficas e muita conversa.

Embora as e os extensionistas não fossem mães ou pais era comum usarmos narrativas autobiográficas orais trazendo nossas experiências enquanto filhas e filhos, usuárias e usuários do SUS ou estudantes. Ao destacar o uso da experiência, como um saber que permite criar práticas educativas que possibilitam muitos diálogos entre educadora e educandos, bell hooks (2013) esclarece:

É um modo de conhecer que mais vezes se expressa por meio do corpo, o que ele conhece, o que foi profundamente escrito nele pela experiência. Essa complexidade da experiência dificilmente poderá ser declarada e definida a distância. É uma posição privilegiada, embora não seja a única nem, muitas vezes, a mais importante a partir da qual o conhecimento é possível (p. 124).

Desta maneira, cada uma de nós podia perceber a dimensão da própria trajetória, bem como dialogar sobre as experiências das outras participantes. Era possível refletir por meio das experiências vividas no próprio corpo, criando um conhecimento comum a partir do qual problematizávamos. Perceber o corpo como produtor de conhecimentos e sintomas e aprender a interpretá-los é um dos processos que a educação popular em saúde traz ao trabalhar com as experiências vividas e os saberes populares. Considerar o corpo (seus sentimentos, sensações e sua ancestralidade) como produtores de conhecimentos traz uma demanda de sairmos dos lugares professorais ou paternalistas que tantas vezes a educação e a saúde assumem a partir do discurso acadêmico.

Vitor Valla (2014) convida intelectuais, educadoras e educadores populares, a aprender a pensar e respeitar as visões de mundo das classes populares. Nelas um saber complexo é

---

<sup>31</sup>A sororidade aponta para a solidariedade, cuidado e companheirismo entre mulheres. Um mecanismo de resistência proposto pelo movimento feminista contemporâneo que questiona a premissa de que as mulheres necessitam competir em si, demarcando essa ideia como mais um aspecto da misoginia (BECKER, 2015).



elaborado a partir de uma outra realidade vivencial, mais perversa e violenta àquela a que está acostumada a classe média. Muitas vezes a gama de conhecimentos trazidos pelas classes populares possui soluções mais criativas e sensitivas, bem como preserva conhecimentos antigos.

Talvez uma das coisas mais difíceis para os profissionais/mediadores admitirem nos contatos que desenvolvem com as classes subalternas é a cultura popular como uma teoria imediata, isto é, um conhecimento acumulado e sistematizado que interpreta e explica a realidade (VALLA, 2014, p. 47).

Se nos referenciamos a Paulo Freire (2014) podemos encontrar no conceito "saber de experiência feito" o mesmo reconhecimento da potência educativa do saber empírico. Estes conhecimentos resultam não da ciência e seus rigorosos procedimentos, mas do cotidiano. No caso estudado, das experiências anteriores de gestação, parto e cuidados com o bebê, do dia a dia de mulheres-mães negras e de favelas que olham suas realidades e se posicionam. Conforme relato autobiográfico:

Quando a perguntei a mulher-mãe negra V. (2017), que vivenciava sua terceira gestação: “Você acha que conseguiu repensar alguma coisa sobre sua gravidez com os conhecimentos que compartilhamos aqui?”. Ela abriu um sorriso e disse: “Depois que eu vi o bebê de R. (2017) que nasceu antes da hora, eu consegui reduzir o doce. O bebê dela nasceu com um problema com a glicose e teve que ficar na maternidade internado fazendo vários exames. E isso já me preocupou, entendeu?” “Mas você estava com alguma recomendação do médico com relação a isso?” perguntei. Ela disse que ele havia recomendado ter mais atenção a alimentação, mas ela não estava seguindo esta prescrição porque não havia entendido com clareza a importância dela. E completou: “Às vezes o médico até fala, mas a gente não consegue entender... Aqui é diferente. Assim, é uma experiência que uma passa pra outra neh. A gente vem aqui e vê as coisas acontecerem com nossas amigas e pensa em se cuidar mais, pensa no corpo, na alimentação, em tudo”.

Assim, começamos muitas conversas compartilhando nossas próprias vivências e acolhendo as delas. “O enfoque da experiência permite (...) tomar posse de uma base de conhecimento a partir da qual podem falar” (hooks, 2013, p. 198). Visto a complexidade de suas falas, as dimensões de violências que as vezes eram expostas ou o julgamento que algumas se antecipavam em fazer, muitas vezes foi necessário parar para pensar quais eram os antecedentes históricos, sócio-culturais e psicossomáticos que contribuíam para determinada história de vida acontecer.

Ouvir os relatos de experiências muitas vezes era difícil. A própria escuta era um aprendizado no início dos grupos, de nossa parte e da delas. Nos primeiros encontros as mulheres esperavam que nós da academia, historicamente autorizados e autorizadas a falar, ensinássemos, por meio de palestras, sobre um processo que elas vivenciavam de um modo próprio no corpo. Conforme relato, do início de um grupo de 2017/02:

Lembro-me por exemplo, da efetiva participação de C. (2017), mulher-mãe negra, primípara, 23 anos, ensino médio. Muito disposta a refletir conosco e falar. No início do grupo de 2017/02, naquele momento em que precisávamos fazer várias perguntas geradoras, para que elas entendessem que as respostas não chegariam prontas, C (2017) muito animada expunha suas ideias com naturalidade quando a gestante D. (2017) 30 anos, negra, terceira gestação tentou desqualificá-la: “Parece que você que tá dando a palestra, fala toda hora.” C (2017) respondeu: “Falo mesmo, elas tão perguntando, vocês ficam aí com cara de boba, calada. Eu respondo, tô participando”. [Risos]. Eu agradei: “Isso C. (2017), obrigada por participar, suas falas ajudam demais. A ideia, pessoal, é a gente trocar o que cada uma sabe. A gente não tem filho, tem muita coisa que a gente não sabe. Só imagina como seja. Eu por exemplo, não sei o que é sentir uma contração porque nunca tive um parto.” B. 17 anos, negras, primípara (2017) entendendo a proposta disse: “Você não sentiu a dor mas estudou, você também sabe sim, se é assim, cada uma sabe um pouco”. Eu concluo: “Isso, exatamente, a gente sabe a teoria, vocês a prática... Aqui, todo mundo ensina e aprende, cada uma sabe um pouco e nós construímos o conhecimento juntas”.

Mesmo quando os posicionamentos destoavam de nossa defesa aos direitos das mulheres, da construção de uma rede de apoio ou de uma prática de saúde que nos parecia mais humanizada, nos propúnhamos a escutar com respeito, a nos questionar e a fazer problematizações que não fossem culpabilizadoras.

A educação popular em saúde voltada para mulheres-mães propõe um processo de abertura para repensar, reconhecer e reelaborar diversos modos de lidar com gestação, parto e maternidades. Isso não significa que os conhecimentos científicos fossem ignorados. Ao contrário, a cada tema proposto quem facilitava era responsável por pesquisar uma bibliografia específica e preparar dinâmicas, materiais e falas que auxiliassem a esclarecer as participantes. Se, devido à colonialidade, muitas delas não conseguiam participar da produção de conhecimento acadêmico nos responsabilizávamos por fazer a tradução deste saber (CLIFFORD, 2002; HARAWAY, 1995). Neste sentido, era necessário articular tais conhecimentos aos saberes da experiência. A escuta e a valorização de saberes múltiplos são estratégias pedagógicas fundamentais para evitar silenciamentos, ranqueamento de conhecimentos ou apagamentos de subjetividades (FREIRE, 2014; hooks, 2013). Trabalhar a partir de referenciais múltiplos privilegiando a escuta nos permitiu dialogar a partir de saberes aparentemente conflitantes.

Muitas vezes nós, facilitadoras e facilitadores do grupo, buscamos refletir: Como evitar ideias prescritivas ou culpabilizadoras? Como evitar a construção de uma praxis hierarquizante? Ou uma lógica de emancipação forçada? Estas perguntas eram refeitas ao longo de todo o processo. Trocar saberes a partir da educação popular em saúde equivalia para nós a reconhecer e pensar a partir de nossas diferenças, a entender nossos lugares de fala e a questionar privilégios e desigualdades. Na maioria das vezes elas mesmas propuseram os temas geradores por meio de suas dúvidas, medos ou observações. Nós, responsáveis pela facilitação do grupo,

estruturávamos a atividade por meio de metodologias participativas. O diálogo como base metodológica para a educação popular "situa a humildade como princípio no qual o educador e o educando se percebem sujeitos aprendentes, inacabados, porém jamais ignorantes" (DANTAS e LINHARES, 2014, p. 75). O encorajamento à fala e a valorização de cada ideia ajudava a construir esta dialogicidade. Havia uma preocupação constante em não reafirmar a ideia do "instinto materno" ou ranquear as maternidades com o discurso da "boa mãe" (PUJANA, 2014). Neste sentido, problematizávamos as dimensões de gênero, raça e classe que implicam nas maneiras de gestar, parir e maternar. Igualmente, buscávamos evitar propostas e práticas que reproduzissem lógicas elitistas de cuidado.

A cada grupo era necessário criar vínculos com as novas participantes. A participação de mães de grupos anteriores que permaneciam conosco e relatavam suas experiências era fundamental nesse processo. Convidar para que elas continuassem no grupo trocando com outras mulheres foi uma forma continuar o cuidado, sobretudo no puerpério, este período em que muitas atenções se voltam aos bebês e as puérperas vivem momentos de solidão, durante a adaptação à vida com a cria (MURTA *et al*, 2016). A medida que esclarecíamos<sup>32</sup> às ingressantes as dimensões da educação popular em saúde, trocávamos experiências e dávamos tempo para confiarmos umas nas outras. Pouco a pouco os relatos iam se complexificando.

Por meio da troca de saberes, da valorização da escuta e do diálogo as participantes ensinavam e aprendiam. No encontro com outras mulheres-mães elas podiam se reconhecer fortes e sábias, problematizar suas realidades, se organizar coletivamente em torno de alguma demanda local ou redimensionar o que é ser mulher-mãe. A medida que o vínculo crescia, o nosso envolvimento permitia formar uma comunidade de saber (hooks, 2013) e entrar em temas mais delicados como a questão das sexualidades ou das violências contra as mulheres. Conforme relato autobiográfico, escrito a partir da experiência no sexto encontro, do grupo de 2017/02:

Visto suas dúvidas sobre o funcionamento do próprio corpo durante as atividades que discutíamos o Plano de Parto, decidimos coletivamente trabalhar o tema das sexualidades. Avisamos no grupo anterior e elas combinaram que seria um grupo apenas de mulheres "Pra ninguém ficar com vergonha" disse a gestante C. (2017). Eu e a extensionista G. (2016) fomos escolhidas para facilitar a atividade.

Comecei perguntando se nas consultas no posto de saúde elas conversavam com os médicos sobre sexualidades. Apenas duas delas disseram já ter abordado o tema em um consultório médico alguma vez na vida. Nesse momento G. (2016) disse que a formação médica é centrada nas doenças e que a medicina ensinada na universidade

---

<sup>32</sup>Ver relato sobre este processo no capítulo 1.1, p. 32.

não preparava seus estudantes para dialogar sobre as dimensões das sexualidades, do prazer e da autodescoberta do corpo.

Destaquei que a sexualidade feminina ainda é muito cheia de tabus e como a gente precisava continuar lutando pra mudar isso: “Existe uma lógica que silencia esse assunto. É por isso gosto muito de conversar sobre sexualidades com grávidas, pra pensar sobre nós, mulheres e pensar uma educação diferente pra meninas e meninos que vocês vão educar. Existe uma ideia que apaga as sexualidades das mulheres, que age como se a gente não pudesse sentir prazer ou como se tivesse algum pecado nisso. Essa é uma coisa que a gente precisa repensar... Até porque, senão a educação que a gente dá pros nossos filhos e filhas se volta contra nós mesmas”. Nesse momento, V. (2016) 25 anos, negra, segunda gestação toma a palavra para si: “É porque muitas mães educam os filhos pra serem machista neh, aí fica difícil. Porque aí os homens vem e maltrata todas nós. Eu tenho muita atenção na educação que eu dou pro meu menino. Educar menino é muito difícil. E eu cobro da minha família todinha. Tu tô brigada com meu irmão. Tô sim! Porque ele bateu na mulher dele, eu saí daqui de Niterói e fui lá pro Rio com esse barrigão aqui oh, fui lá apoiar ela, se ela quisesse denunciar ele ou alguma coisa eu ia tá junto com ela”. Eu: “É por aí mesmo, mães, avós, sogras se reconhecendo... Muitas mulheres estão acostumadas a culpar umas outras, a nos inferiorizar... Mas a gente pode e precisa se ajudar neh.” R. (2017) disse: “Ia falar a mesma coisa, a gente tem que aconselhar e dar uma educação igual pros meminos e pras meninas. (...) Acho que a gente pode fazer diferente, sabe? Mudar o jeito que as nossas mães fizeram. Uma vez apanhei porque tava me balançando na cadeira e minha mãe achou que eu tava com pouca vergonha. Eu tinha sete anos, nem sabia porque tava apanhando, só descobri muito depois e ninguém conversou sobre isto comigo”. Eu: “É isso R. (2017), precisamos nos perguntar: Que tipo de educação eu recebi e que educação quero dar? A gente precisa aprender a tratar o gênero feminino com mais respeito, pra não deixar as mulheres sempre culpadas, ignoradas, se sentindo sozinhas. Será que podemos dar uma educação diferente da que recebemos das nossas mães?” Falamos sobre formas de enfrentar as violências e como desconhecemos nosso corpo.

Conversamos sobre a musculatura do períneo, eu disse: “Até porque biologicamente oh, vou passar essa figura aqui [da musculatura do períneo], a musculatura do homem e dá mulher é muito parecida. Olhem aí, é uma musculatura que a gente pode aprender a trabalhar ela”. P. (2017): “A diferença é que a mulher tem um buraco a mais”. Eu: “E o clitóris, que é uma das partes do nosso corpo com mais terminações nervosas, que são responsáveis pelas sensações. Temos terminações nervosas no corpo todo, mas lá no clitóris é um dos lugares que mais tem”. P. (2017): “Por isso que lá é o lugar da felicidade. [Muitos risos]”. D. (2017) completou: “Tem uns grandão igual um piruzinho encima da pepeka<sup>33</sup>”. [Risos]. Eu: “Tem sim e é normal ter. Tem pepekas de todos jeitos também, umas com os lábios maiores, outras mais retas. Cada corpo tem sua forma. Ah, e o clitóris ainda aumenta de tamanho quando a gente tá excitada, toda região fica intumescida, inchada mesmo”. S. (2017): “Nossa, nunca achei que eu falar disso em público”. Eu: “Estamos entre mulheres S. (2017), aqui é um espaço onde podemos confiar umas nas outras e a gente pode e precisa abordar esses temas. Senão a gente passa a vida toda se machucando”.

Falamos sobre vaginismo, ciclo da dor nas relações sexuais e como é difícil lidar com isso considerando a dimensão do prazer feminino que tantas vezes é negado. P. (2017) relatou que sentia muitas dores depois do seu primeiro filho: “Eles fizeram aquele corte que a gente conversou no outro dia, como é o nome mesmo?” G. (2016):

<sup>33</sup>Como elas optaram por chamar o pênis e vagina, respectivamente.

“Episiotomia”. P. (2017): “Isto e deram aqueles pontos [sutura]. Acho que deram pontos demais, porque aí eu tive muita dor na relação. Eu e meu marido tivemos que aprender tudo de novo. Eu nunca tinha conseguido entender e falar disso até aquele dia do plano de parto que eu entendi o que tinha acontecido comigo”. (...) Conversamos muito sobre prazer e dor, violência e machismo, sobre o quanto a gente se sente sozinha enquanto mulheres quando não temos um espaço para conversar. Elas estavam atentas e agitadas. Conversamos sobre os cheiros do períneo e sobre toque. Sobre se olhar no espelho e entender o próprio corpo.

Por fim, propus ensinar alguns exercícios de reeducação perineal. As convidei a se levantarem e logo no primeiro exercício percebi: não ia rolar exercício algum, apesar da nossa programação para a atividade. Elas estavam constrangidas e tensas demais para aprender, em público, a trabalhar o períneo. Entendi e respeitei. Como havíamos preparado um material escrito sugeri que elas o lessem em casa e me procurassem caso tivessem dúvidas. Elas respiraram aliviadas e eu mais uma vez percebi como o processo da educação popular é sempre negociado.

Ao final perguntei o que elas acharam do encontro? Estava impressionada como havíamos conseguido falar sobre tantos tabus. E elas reponderam: C. (2017): “Eu adorei, nunca tinha ouvido falar de nada disto e é muito importante”. L. (2017) muito tímida, completou: “Se não fosse esse grupo eu ia morrer sem saber, fiquei calada porque achei que não tinha muito pra dizer, mas minha cabeça tá fervilhando. Que bom que tô aqui para aprender isto”.

Quando preparamos a atividade, achamos que seria um tema permeado de tabus e com pouca adesão. Para nossa surpresa elas tiveram muito interesse pelo assunto e falaram bastante, inclusive extrapolando nosso planejamento inicial ao comentarem sobre doenças sexualmente transmissíveis e violência contra a mulher, tema que foi retomado no encontro posterior. Tudo isto, reafirma a demanda das mulheres por espaços de troca de saberes. Percebemos também que nosso investimento no estabelecimento de vínculos avançava.

Ao observarmos as dimensões do empoderamento feminino no grupo de apoio, vimos crescer um processo coletivo de problematização de suas condições de mulheres e mães. “Podríamos dizer que investigar sobre as experiências das mulheres na maternidade implica reconhecer seu caráter político, assim como visibilizar e legitimar sua capacidade de transferência de saberes”<sup>34</sup> (PUJANA, 2014, p. 25 [tradução nossa]). A medida que foi possível aliar a discussão científica com as dimensões sociais, políticas e do cotidiano todas nós nos fortalecemos. As participantes encontraram um espaço para partilhar e elaborar questões específicas sobre suas feminilidades ou sobre as masculinidades dos companheiros e filhos.

A educação popular em saúde é capaz de “relacionar o fazer (saber empírico) das pessoas com uma reflexão teórica (saber científico) e integrar a dimensão imediata (micro) com

---

<sup>34</sup>“Podríamos decir que investigar sobre las experiencias de las mujeres en la maternidad implica reconocer su carácter político, así como visibilizar y legitimar su capacidad de transferencia de saberes”.

a dimensão estratégica (macro)” (PULGA, 2014, p. 128). Como podemos apresentar no relato acima, integrando a experiência vivida no cotidiano, aos saberes sobre reeducação perineal e pautas do movimento feminista. Vale notar que essa dimensão da luta das mulheres nem sempre era nomeada como feminista. “A posse de um termo não dá existência a um processo ou prática; do mesmo modo, uma pessoa pode praticar a teorização sem jamais conhecer/possuir o termo, assim como podemos viver a atuar na resistência feminista sem jamais usar a palavra “feminismo”” (hooks, 2013, p. 86). Como observamos, por exemplo, na fala de V. (2017) que discutia o problema do machismo e ela lutava contra ele com seu filho, marido e irmãos sem necessariamente reconhecer sua luta como feminista.

O contato com o grupo de apoio a gestantes e puérperas permitiu encontrar mulheres desejosas por conhecer, problematizar e escolher o que queriam para si. “Participando dos grupos, as pessoas têm a chance de romper com o isolamento, de aprender e ensinar, de aumentar e diversificar sua rede social, e de se mobilizar para a ação” (MUNARETTI, 2014, p. 24). Juntas pudemos refletir sobre os significados das maternidades e as experiências no SUS, sobre a transformação de nós mesmas e a transformação social. Conforme o relato autobiográfico:

S. (2017) sempre ia com pelo menos um acompanhante (geralmente a mãe ou o esposo, mas levou também a cunhada e os sobrinhos em alguns encontros). Perguntei a ela: “Você não faltou nem um encontro, o que você achou de estar aqui com a gente S. (2017)?” S. (2017) falou: “Esse grupo tá sendo uma benção pra mim, como eu já falei antes, tá me ajudando muito, tá me apoiando. Primeira vez que eu tô participando, as meninas tão me apoiando muito, sou mãe de primeira viagem. Então a gente tá falando sobre os direitos, que eu não sabia muitas coisas e sobre maternidade. É o primeiro grupo que tô participando e eu tô saindo transformada. Dizem que a gente muda depois de ser mãe, só de tá aqui eu já mudei”.

Do primeiro grupo que participei em 05/2016 para o terceiro grupo em 12/2017 observamos crescimento na frequência. De uma média de 5 participantes passamos para 15 mulheres-mães frequentes. Atribuímos isso ao afinamento nos métodos de escuta e diálogo e aos vínculos que construímos no Morro.

A participação nos grupos de grávidas foi significativa para elas enquanto mães, mas também na formação das e dos estudantes. O contato com outras realidades, a escuta de relatos das gestantes e puérperas que contavam como se sentiam enquanto usuárias do SUS, o exercício de admitir os próprios privilégios e compreender os conhecimentos acadêmicos como mais um conhecimento sobre a vida possibilitava que as e os extensionistas se questionassem sobre a formação e a autoridade médica, conforme relato autobiográfico:

Em uma atividade de formação da frente de saúde, que fizemos em novembro de 2017, eu a perguntava: “Como vocês avaliam a relevância do grupo? Já que vocês defendem

que é um grupo de educação popular em saúde, tem uma dimensão de troca, como isso implica na sua formação?” A estudante G. (2016) respondeu: “São quase três anos de muito trabalho, muito afeto, muita contribuição na minha formação pessoal e na minha resistência na faculdade. (...) Sobre a dimensão educativa do processo de educação popular, essa é uma defesa que eu sempre faço porque eu acho nosso projeto muito singular na maneira de se ouvir as pessoas, sabe? Acho que a maioria dos grupos e experiências que a gente vê nas unidades de saúde e a gente vê na academia são grupos extremamente verticais, que não chegam a se perguntar sobre o que falar ou como e quando falar. Poucos valorizam o que a pessoa carrega... Eu acho que a gente tem essa preocupação de valorizar a bagagem alheia como se ela fosse tão nossa, sabe? E, e tentar realmente uma troca, isto vai mudar muito nossa formação”.

Os grupos de gestantes e puérperas ofereciam aos estudantes a possibilidade concreta de pensar a saúde para além da doença (VASCONCELOS, 2016). Muitas vezes debatemos como a saúde está associada a cuidado e autocuidado, um processo permeado por questões sociais e psíquicas que não poderiam ser ignoradas na clínica. Trabalhar no âmbito da emancipação, da solidariedade e do fortalecimento de redes entre mulheres a partir da educação popular em saúde se mostrou como um caminho para enfrentar o modelo tecnocrático de saúde, conforme relato autobiográfico.

Na mesma atividade de formação, em novembro de 2017, o estudante M. (2016), homem, branco, 21 anos refletia sobre minha provocação sobre o que o coletivo chamava sobre de educação popular: “Os nossos dois grupos, as nossas duas frentes de atuação [grupo com grávidas e grupo sobre plantas medicinais], em termos de saúde eles são uma ampliação de linhas de cuidado, porque eles criam um grupo, criam uma rede de cuidado entre pessoas. E eu sinto muitas vezes que o fato da gente tá inserido dentro de uma universidade nessa área da saúde... a gente tem uma grande dificuldade de colocar esse ponto, desta linha de cuidado que a gente construiu com nosso trabalho numa ponte com o resto da rede. Mas ainda assim, é muito interessante esse processo que a gente tá construindo a partir de um trabalho de educação popular: uma rede onde as pessoas possam encontrar conforto no seu convívio com outras pessoas que passam por situações semelhantes as dela, que é uma coisa muito preconizada na atenção em saúde, na atenção primária e tal. E que é feita com muita dificuldade por essa área de atenção da medicina da família e da comunidade. A gente vê que hoje em dia existe uma grande dificuldade de criar esse tipo de relação, talvez pelas relações de poder e a ideia de muitos profissionais de que eles vão levar saúde para as pessoas e ensinar como as pessoas vão se cuidar... E talvez seja esse um dos impedimentos e talvez seja essa uma das contribuições que nossa formação em educação popular vai dar. A a gente vai entrar nesse sistema de atenção primária com uma mentalidade diferente de como inserir pessoas e a gente vai ter poder pra fazer isso.

As vivências possibilitaram a cada estudante extensionista refletir sobre como as usuárias vivenciam suas experiências de parto, impactando na maneira como constroem sua formação e fazendo problematizar o que é saúde. “Os grupos de promoção da saúde, ainda podem favorecer o aprimoramento de todos os envolvidos, por meio da valorização dos diversos saberes e da possibilidade de intervir criativamente no processo de saúde-doença” (VASCONCELOS, 2016, p. 25). Para além dos ambientes dos hospitais ou do ambiente controlado das salas das universidades, ainda é um desafio fazer as realidades desiguais e os saberes populares se comunicarem com a academia de medicina. Muitas vezes esse contato só

acontece quando as e os estudantes começam a “rodar leito”, realizando as práticas nas enfermarias dos hospitais universitários. “O grande desafio da formação em saúde é amarrar cenários de práticas que possibilitem ao aluno vivências no mundo real” (MUNARETTI, 2014, p. 49). Não oportunizar estas vivências durante a graduação, pode causar em muitos estudantes falta de sensibilidade na escuta e trato da paciente, bem como estereotipificação, sobretudo quando se coloca a trama interseccional.

Vinculados ao SUS ou não, os grupos de promoção a saúde podem auxiliar no aprimoramento dos profissionais e estudantes. “Espaços oficialmente reconhecidos como principal ferramenta para realizar atividades de educação em saúde e parece interessar sobremaneira os profissionais envolvidos no cuidado à gestante” (PIO e OLIVEIRA, 2014, p. 317). As ações de educação popular em saúde, mais que prescrições de conhecimentos especializados busca, a partir do cotidiano das pessoas dialogar sobre ações que as auxiliem a entender e refletir sobre suas práticas na gestação, parto e puerpério, bem como a construir possibilidades de cuidado e autocuidado (MUNARETTI, 2014).

No entanto, no grupo pesquisado, se existia um esforço para que a atividade estivesse articulada ao território, a distância entre o grupo e as instituições de saúde se mostrou um problema. A articulação com o SUS é fundamental no sentido de sensibilizar as e os profissionais na escuta as usuárias. O diálogo com elas, a partir de outras posições de poder, pode auxiliar a modificar a atuação em saúde. Igualmente, discutir saúde em um Grupo distanciado do SUS pode significar a frustração de expectativas das mulheres quando buscam os serviços de saúde. Destacamos, portanto, a demanda de aproximação entre o projeto de extensão e as unidades de saúde da família da região do Preventório.

Outro desafio se apresenta no sentido de realizar um trabalho a longo prazo com as mulheres-mães. É importante, para o grupo e para elas mesmas trabalhar a permanência para além do puerpério, bem como vincular mais e melhor as e os acompanhantes. Nesse sentido, a mulher-mãe S. (2016), que atua na facilitação do grupo e se reconhece como uma liderança comunitária do Preventório, nos propôs que se ampliasse a atuação do grupo para um grupo feminista. Destacou que homens e mulheres do Morro vinham reconhecendo sua atuação conosco e solicitavam a ampliação do debate. Diante dessa demanda trazida por S. (2016), no ano de 2018, estão sendo organizadas atividades que comportem e proponham discussões específicas para mulheres e homens refletindo sobre o debate de gênero.

Por fim, para ampliação da troca de conhecimentos e do trabalho interdisciplinar faz-se necessário que estudantes e profissionais de outras áreas do conhecimento participem do projeto de extensão. A fim de formar novos membros e refletir de modo sistemático sobre as atividades



de extensão, um trabalho de formação continuada se colocou como demanda. Neste sentido, o grupo planejou a realização de um seminário e um curso de extensão em educação popular em saúde e práticas integrativas voltado para estudantes, profissionais da saúde e lideranças comunitárias, a ser realizado ainda este ano.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pairamos. Primeira pessoa do plural do verbo pairar, cujo significado é: planar, exitar, dominar do alto, ficar indeciso (LUFT, 2010). Nós pairamos, hoje, no presente! Sim, é como se a gente estivesse suspensa. Muitas vezes segurando a respiração ou deixando escapar o choro na realidade de um golpe político midiático e judicial que vivemos no Brasil de 2018. Pairamos entre o desejo de transformar este presente político complexo e o sentimento de medo. Pairam em nós muitas incertezas enquanto vivemos uma intervenção (militar) federal no Rio de Janeiro, sofrendo no corpo, mais uma vez, a violência do Estado. Choramos com o genocídio das mulheres e jovens negros e ainda guardamos luto pelas mortes de Marielles<sup>35</sup>, Amarildos<sup>36</sup>, Thailas<sup>37</sup>... Essas dores não deixarão de pairar. Pairamos durante a realização dessa pesquisa, quando estivemos entre o deliberado abandono do Estado à UERJ e a luta por manter a universidade resistindo. Neste país, paira em nós a revolta quando, alguém de nós, geralmente mulher, negra e pobre, a cada hora, cai morta por feminicídio (ONU, 2017), aborto inseguro ou complicações no parto. Pairamos sobre tantos retrocessos políticos, perda de direitos e serviços públicos que trazem dias cada vez mais tensos para quem já vive a dureza da vida.

Mas, concebemos, apesar de tudo, o fortalecimento das nossas resistências coletivas! Quando, apesar dos golpes e mazelas que vivenciamos, vemos a possibilidade de nos fortalecer e seguir a partir da organização de mulheres, negras, mães e entre outros grupos onde os marcadores sociais se encontram na busca de uma realidade que faça sentido. Pairamos... Aqui, pairar nos remete àquele planar num sutil bater de asas que mantém o pássaro voando. Esse voo representa as companheiras e companheiros com os quais construí uma rede de apoio e cuidado que nos mantém firmes. Representa a memória dos debates dentro e fora da universidade, os atos em defesa dos direitos humanos e dos serviços públicos, o retorno às aulas - apesar do sucateamento da UERJ e da desvalorização do trabalho técnico, docente e de pesquisa.

Pairamos! Primeira pessoa do plural do verbo parir no tempo presente de um modo subjuntivo, cujo significado diz sobre o que pode ser: dar a luz, partejar, produzir, causar, gerar,

---

<sup>35</sup>Marielle Franco, 38 anos. Mulher-mãe negra, lésbica, ex-moradora do conjunto de favelas da Maré, vereadora e defensora dos direitos humanos e seu motorista Anderson Pedro Gomes, executados em 14 de março, na região central do Rio de Janeiro (ONU, 2018).

<sup>36</sup>Amarildo de Souza, 43 anos. Morador da Rocinha e pedreiro, desaparecido em 14 de julho de 2013 após ser levado por policiais para uma UPP (PIAUI, 2017).

<sup>37</sup>Thaila de Oliveira, 22 anos. Moradora do Preventório, torturada pela polícia para dar informações sobre o comércio de drogas. Ela estava grávida de sete meses, ficou desaparecida por cinco dias. Foi assassinada pelo crime organizado (R7, 2011).

trazer ao mundo (LUFT, 2010). Se o presente é estrondoso, a gente tira forças do plano da utopia. Que pairamos nós, mulheres! Voltemos a parir em um contexto menos violento, desumano, cesarista. Pairamos construindo juntas condições mais humanas para o nascimento de nossas crias com esclarecimentos suficientes para a tomada de decisões. Que nós, mulheres negras, essas que são as que mais morrem por complicações no parto e aborto (BRASIL, 2012), pairamos com dignidade. Protagonizemos nossas maternidades entendo que partear e maternar permitem o plural, que compreendamos parto e nascimento como um evento coletivo que têm impacto direto na família, na vizinhança, no Estado.

Pairamos com nossos corpos inteiros! Pairamos com gozo. No modo imperativo, pairamos nossas resistências e lutas por uma vida mais digna. Fortaleçamos as mulheres pobres e com baixo grau de instrução que, de modo recorrente, não conseguem planejar suas experiências reprodutivas. Que se amplie a participação dos pais, da gestação à educação das crianças, mas que se entenda que muitas vezes ele é o algoz da violência e do abandono da gestante e de sua família, bem como pode estar preso ou morto e que será necessário outra rede para amparar essas pessoas. Que hajam doulas nas equipes multidisciplinares de atenção ao parto e grupos para preparação deste momento e que essas possibilidades não estejam restritas a quem pode pagar. Que não se ignore a massa de pessoas sem-teto, sem trabalho e sem dignidade as quais, em tantos dias, apenas sobrevivem. Pairamos, “nós por nós”, gerando outras formas de (r)existência.

Em tempo, se compreendemos parir como produzir, eis o que consegui conceber teoricamente, possível, apenas, porque para eu ser houve um nós! Saio amplamente afetada por essa pesquisa, por poder viver tantas experiências e organizá-las nesta dissertação. Ela só foi possível porque nós somos juntas. O nós das mulheres do Preventório e de tantas outras mulheres-mães, negras e de favelas; das e dos profissionais de saúde que lutam pela humanização e recuperação do SUS; de educadoras e educadores populares que conseguem ter sensibilidade para não ignorar nenhum saber; das nossas ancestrais abridoras de tantos caminhos; das políticas públicas que auxiliaram o acesso e permanência de pessoas negras e pobres nas universidades. Esse nós gestou a realidade que me permitiu escrever e desejar que pairamos!

Aprendi e repensei minha condição de mulher, negra, filha. Oportunizei reavaliar meu papel enquanto educadora e doula, e encontrei teorias, interlocutoras e interlocutores que se articularam com minhas utopias sobre a transformação social: na luta das mulheres, na luta antirracista, no processo decolonial...

Termino esta dissertação cumprindo (e me curando) do processo acadêmico, que apesar de produtivista foi também libertador. Recebi um alento me encontrando nesse processo de escrita. Eu, a partir da leitura de bell hooks (2013) e como tantas outras intelectuais negras: “Cheguei a teoria desesperada, querendo compreender - apreender o que estava acontecendo ao redor e dentro de mim” (p. 83). A sensação descrita pela autora compreendendo a teoria como uma fonte para quem tem sede e um lugar de cura fez brotar uma grande identificação em mim. Escrevi essa dissertação em um contexto de crise política e econômica nacional, que se mostrou ainda mais forte diante das violências sofridas pela população carioca. Poder fazer esta pesquisa, nesta universidade, com os sujeitos que encontrei e com os resultados teóricos e políticos que consegui sintetizar até aqui me feriu e me curou. Ainda, me fez reafirmar a importância do debate aqui proposto e revigorou minha força para a luta coletiva.

Trouxe até aqui o que foi possível sentir, pensar e sistematizar desse processo (auto)formativo com as mulheres-mães do Morro de Preventório e os estudantes de medicina. Agradeço!

## REFERÊNCIAS

- ABRAHÃO, Maria Helena. Memória, narrativas e pesquisa autobiográfica. *História da Educação*, Pelotas, n.14, p.79-95, set. 2003. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/asphe/article/viewFile/30223/pdf>>. Acesso em: 19 out. 2016.
- ALMENDRA, Javiera. Reflexiones sobre el proceso de investigación. Una propuesta desde el feminismo decolonial. *Athenea Digital (Revista de Pensamiento e Investigación Social)*. 14, 4, 261-285, Dec. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5565/rev/athenead.1343>>. Acesso em: 12 mar. 2016.
- ALVES, Ana Paula et al. Aplicação de tecnologia leve no pré-natal: um enfoque na percepção das gestante. *Revista de Enfermagem UERJ*. Rio de Janeiro: Uerj, 2013. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v21nesp1/v21e1a15.pdf>>. Acesso em: 19 out. 2017.
- ASSOCIAÇÃO DE DOULAS/RJ. *O que é uma doula*. Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://www.doulasrj.com.br/oqueumadoula>>. Acesso em: 01 abr. 2018
- ARENDRT, Hannah. *Sobre la violencia*. Madrid: Alianza editorial, 2006. Disponível em: <<http://bello.cat/Sobre%20la%20violencia-H.%20Arendt.pdf>>. Acesso em: 17 set. 2016
- BARROS, Manoel de. *Poesia completa*. São Paulo: Leya - Casa da palavra, 2013.
- BRANDÃO, Carlos Rodrigues (org.) *Repensando a Pesquisa Participante*. São Paulo: Editora Brasiliense, 1985.
- \_\_\_\_\_. *O que é educação popular*. São Paulo: Brasiliense, 2006
- BRANDÃO, Carlos e ASSUMPÇÃO, Raiane. *Cultura rebelde: escritos sobre educação popular ontem e agora*. São Paulo: Editora Instituto Paulo Freire, 2009
- BRANDÃO, Carlos e BORGES, Maristela. A pesquisa participante: um momento da educação popular. *Revista de educação popular*, Uberlândia, v. 6, p.51-62. jan./dez. 2007. Disponível em <<http://www.seer.ufu.br/index.php/reveducpop/article/view/19988/10662>> Acesso em: 20 mai 2017
- BRASIL. *Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.
- BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus\\_2004.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf)>. Acesso em: 13 jun.2015
- \_\_\_\_\_. *Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal*. Secretaria de atenção á saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Brasília: 2004a.
- \_\_\_\_\_. *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra*. Brasília: Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial, 2007.

BRASIL. Portaria Nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 2011. Disponível em: < <http://goo.gl/PkrXAJ>>. Acesso em: 22 set. 2017

\_\_\_\_\_. *Saúde Brasil 2011 : uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher*. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. Portaria Nº- 2.761, de 19 nov. de 2013. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). Brasília: 2013.

\_\_\_\_\_. *Humanização do parto e do nascimento*. Ministério da Saúde. *Cadernos HUMANIZA/SUS*, Brasília, Ministério da Saúde, 2014.

\_\_\_\_\_. *II Caderno de educação popular em saúde*. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

\_\_\_\_\_. *Propostas que reserva percentual de cadeiras para mulheres no legislativo e aprovada na CCJ*. Secretaria da mulher: 2016. Disponível em: <[www2.camara.leg.br/a-camara/secretaria-da-mulher/noticias/propostas-que-reserva-percentual-de-cadeiras-para-mulheres-no-legislativo-e-aprovada-na-ccj](http://www2.camara.leg.br/a-camara/secretaria-da-mulher/noticias/propostas-que-reserva-percentual-de-cadeiras-para-mulheres-no-legislativo-e-aprovada-na-ccj)>. Acesso em: 30 jun. 2016

\_\_\_\_\_. *Relatório final da CPI do Assassinato de Jovens*. Brasília: Senado Federal, 2016a.

BOULOS, Guilherme. *Por que ocupamos*. São Paulo: Editora Secci, 2014.

CALCAS, Ingrith. *Desenvolvimento de ação educativa para mulheres com HPV atendidas em um serviço público*. 2016. 79 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino em Saúde) – Universidade Estadual do Mato Grosso do Sul. Dourados, 2016. Disponível em: <<http://www.uems.br/biblioteca/acervo>>. Acesso em: 24 set. 2017

CARNEIRO, Rithianne. *Proposta de tecnologia educativa na prevenção do risco da hipertensão na gravidez – uma construção coletiva*. 2014. 116 f. Dissertação (Mestrado em Saúde coletiva) – Universidade de Fortaleza. Fortaleza: 2014. Disponível em: <[https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id\\_trabalho=1414962](https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=1414962)>. Acesso em: 24 set. 2017

CLIFFORD, James. *A experiência etnográfica: antropologia e literatura no século XX*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2002.

COUTO, Mia. *Mulheres de cinzas*. São Paulo: Companhia das Letras, 2015.

CRENSHAW, Kimberlé. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. *Estudos Feministas*, Florianópolis, 2002. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/ref/v10n1/11636.pdf>>. Acesso em: 06 de ago. 2017.

CRUZ, Pedro. Extensão popular: a reinvenção da universidade. In: VASCONCELOS, EM; CRUZ, PC. *Educação popular na formação universitária: reflexões com base em uma experiência*. São Paulo: Hucitec; João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, 2013.

DANTAS, Vera; LINHARES, Ângela. Círculos de Cultura: problematização da realidade e protagonismo popular. In: BRASIL. *II Caderno de educação popular em saúde*. Brasília:

Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa/Departamento de Apoio à Gestão Participativa, 2014. p.73-81. Disponível em:  
<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2\\_caderno\\_educacao\\_popular\\_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2_caderno_educacao_popular_saude.pdf)>.  
Acesso em: 24 abr. 2017.

\_\_\_\_\_. Dialogismo e arte na gestão em saúde: a perspectiva popular nas cirandas da vida em Fortaleza. In: *II Caderno de educação popular em saúde*. Brasília: Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa/Departamento de Apoio à Gestão Participativa, 2014a. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2\\_caderno\\_educacao\\_popular\\_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2_caderno_educacao_popular_saude.pdf)>.  
Acesso em: 24 abr. 2017.

DAVIS-FLOYD, Robbie. “The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth”. *International Journal of Gynecology and obstetrics*, Fortaleza: International Conference on Humanization of Childbirth, 2000.

DIAS, Danielle. *A educação em saúde como parte da assistência à gestante e no enfrentamento ao consumo de bebidas alcoólicas sob a ótica dos profissionais de saúde que atuam no pré-natal de um hospital universitário da região metropolitana II do estado do Rio de Janeiro*. 2016. 73 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Materno-Infantil) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2016. Disponível em:  
<[https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id\\_trabalho=3920649](https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=3920649)> Acesso em: 24 abr. 2017

EGGERT, Edla e SILVA, Márcia. Observações Sobre Pesquisa Autobiográfica na Perspectiva da Educação Popular nos Estudos de Gênero. *Contexto e educação*, Ijuí, 2011. p. 51-68

ELIAS, Nobert. *O processo civilizador*, Formação do estado e civilização, Vol. II. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1993. Disponível em:  
<<https://fredericomb.files.wordpress.com/2016/04/o-processo-civilizador-norbert-elias-vol-ii.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2016.

EVARISTO, Conceição. *Cadernos Negros 19: poesia*. São Paulo: Quilombhoje, 1996.

FANON, Frantz. *Pele negra, máscaras brancas*. Salvador: EDUFBA, 2008.

FOUCAULT, Michael. *Vigiar e punir*. Petrópolis: Vozes, 1999.

FRENTE DE SAÚDE POPULAR. *Nesse dia das mães, quem são as mães do MTST-RJ?* Rio de Janeiro. Facebook:/saudepop/ 14 mai. 2017. Disponível em:  
<<https://www.facebook.com/saudepop/photos/a.1406347306061447.1073741828.1304919232870922/1643550459007796/?type=3&theater>>. Acesso em: 22 set. 2016

FLICK, Uwe. *Introdução à pesquisa qualitativa*. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FARIA NETO, Ernesto. *As Práticas em Saúde Pública no Brasil (Niterói-RJ): o TERRITÓRIO e suas possibilidades*. www.alass.orgp: Niterói, 2013. Disponível em:  
<[http://www.alass.org/cont/priv/calass/docs/2013/sesion29/30-08\\_sesion29\\_1-pt.pdf](http://www.alass.org/cont/priv/calass/docs/2013/sesion29/30-08_sesion29_1-pt.pdf)>. Acesso em: 20 dez. 2016.

FREIRE, Paulo. *Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

FREIRE, Paulo. *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2014.

GADOTTI, Moacir. *A questão da educação formal/não-formal*. Sion: Institut international des droits de l'enfant, 2005.

GOMES, Janaína. *Os segredos de Virgínia*. Estudo de atitudes raciais de São Paulo (1945-1955). 2013. Tese (Doutorado em Antropologia Social) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

GONZALES, Lélia. Racismo e sexismo na cultura brasileira. *Revista Ciências Sociais Hoje*. Anpocs, p. 223-244, 1984

HARAWAY, Donna. SABERES LOCALIZADOS: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. In: *Cadernos Pagu*. Campinas: UNICAMPI, 1995.

HIRATA, HELENA. Gênero, classe e raça. *Tempo Social*, Revista de Sociologia da USP, v. 26, n. 1, p. 61-73, 2014.

hooks, bell. *Ensinando a transgredir: a educação como prática da liberdade*. São Paulo: Editora Martins Fontes, 2013.

IPEA et al. *Retrato das desigualdades de gênero e raça*. 4ed. Brasília: Ipea, 2011. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br/retrato/pdf/revista.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2018.

\_\_\_\_\_. *Retrato das Desigualdades de Gênero e Raça – 1995 a 2015*. Brasília: IPEA, 2015. Disponível em:

<[http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/170306\\_retrato\\_das\\_desigualdades\\_de\\_genero\\_raca.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/170306_retrato_das_desigualdades_de_genero_raca.pdf)>. Acesso em: 21 fev. 2018.

JESUS, Carolina. Os negros. In: \_\_\_\_\_. *Diário de Bitita*. Sacramento: Editora Bertolucci, 2007.

JONES, Ricardo. *Memórias do Homem de Vidro - Reminiscências de um Obstetra Humanista*. Porto Alegre: Idéias a Granel, 2004.

JOSSO, Marie-Christine. A transformação de si a partir da narração de histórias de vida. In: *Educação*, Porto Alegre, v 30, n 3, p. 413-43, 2007.

JUNQUEIRA, Carmen; MINDLIN, Betty. Índias e antropólogas – Diálogo de Carmen Junqueira e Betty Mindlin. . *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 17, Iss 49, p 235-251, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ea/v17n49/18406.pdf>> Acesso em: 16 dez. 2016.

KLEIN, Carin. Educação de mulheres-mães pobres para uma “infância melhor”\*. *Revista Brasileira de Educação*. Rio de Janeiro: 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbedu/v17n51/09.pdf>>. Acesso em: 05 fev. 2018.

LEAL, Maria at al. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v 39, Iss 1, p 100-107, 2005.

LINS, Anamélia; FRANCO, Silva. O grupo Maternar... uma experiência com mulheres gestantes e com estudantes da área de saúde. *Alétheia*, Salvador, n.37, 2012. Disponível em



<[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-03942012000100016](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942012000100016)>. Acesso em: 19 set. 2017.

LOURO, Guacira. *Gênero, sexualidade e educação*. Petrópolis: Vozes, 2003.

LUFT, Celso. *Dicionário prático de regência verbal*. São Paulo: Ática, 2010.

LUGONES, María. Rumo a um feminismo descolonial. *Revista Estudos Feministas*. Florianópolis, 3, 935, 2014. Disponível em:

<<https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/36755>>. Acesso em: 11 set. 2016

LUZ, Alexandra. *Percepção e atuação de gestores e profissionais de saúde sobre promoção do aleitamento materno em um hospital amigo da criança do Pará*. 2014, 81 f. (Mestrado Profissional em Ensino em saúde na Amazônia) – Universidade do Estado do Pará. Belém, 2014. Disponível em:

<[https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id\\_trabalho=1810087](https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=1810087)>. Acesso em: 19 set. 2017.

MATOS, Greice *at al.* Grupos de gestantes: espaço para humanização do parto e nascimento *Revista cuidado é fundamental*, Rio de Janeiro, v.9, lss 2, p 393-400, 2017. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5052/pdf>> Acesso em: 19 set. 2017.

MASSEY, Doreen. Um sentido global do lugar. In: ARANTES NETO, Antonio Augusto (Org.). *O Espaço da Diferença*. Campinas: 2000. p 177-185.

MELO, Gleydson. *Análise da autonomia da gestante na escolha do tipo de parto*. 2016 Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino) – Universidade Federal de Goiás. Goiânia, 2016. Disponível em:

<[https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id\\_trabalho=4935489](https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=4935489)> Acesso em: 19 set. 2017.

MELLO, Thiago. *Poesia comprometida com a minha com a tua vida*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1980.

MENDONÇA, Alexandre. *A aplicabilidade de um ambiente virtual de discussão sobre aleitamento materno direcionado a gestantes e nutrizes*. 198 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino em Saúde) - Universidade Estadual do Mato Grosso do Sul: Dourados, 2016. Disponível em: <<http://www.uems.br/biblioteca/acervo>>. Acesso em: 19 set. 2017.

MUNARETTI, Robianca. *Conhecimento e prática dos profissionais da atenção primária de saúde acerca da educação em saúde do município de Canoas/RS*. 2014. 77 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino em Saúde) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2014. Disponível em:

<[https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id\\_trabalho=1330724](https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=1330724)>. Acesso em: 23 set 2017

MURACA, Mariatereza. *Educação popular, feminista e decolonial*. 2015. 476p. Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas, Florianópolis, 2015.

MURTA, Claudia (Org). *Parthos - Filosofia Psicanálise Saúde da Mulher*. Vitória: CRV, 2014.

MURTA *et al.* *Roda de Gestantes: Das paixões tristes*. Vitória: PROEX/Ufes, 2016.

NAÇÕES UNIDAS. *Relatório Sobre os Objectivos de Desenvolvimento de Milénio*. Lisboa: UNRIC, 2013.

\_\_\_\_\_. *No Brasil, uma mulher é assassinada a cada 2 horas*. 2017. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/no-brasil-uma-mulher-e-assassinada-a-cada-2-horas-video/>> Acesso em: 27 mar 2018.

\_\_\_\_\_. *Assassinato de Marielle visa intimidar todos os que lutam pelos direitos humanos no Brasil, dizem relatores da ONU*. 2018. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/assassinato-de-marielle-visa-intimidat-todos-os-que-lutam-pelos-direitos-humanos-no-brasil-dizem-relatores-da-onu/>> Acesso em: 27 mar 2018

PACHECO, Ana Cláudia Lemos. *Mulher negra: afetividade e solidão*. Salvador: EDUFBA, 2013.

PARTO DO PRINCÍPIO. *Dossiê da Violência Obstétrica: “Parirás com dor”*. Brasília: 2012. Disponível em: <[senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VM%20367.pdf](http://senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VM%20367.pdf)> . Acesso em: 15 jan. 2014.

PAIM, Marina. *Avaliação participativa: projeto de vivências e estágios na realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS) Florianópolis*. 2016. 248 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2016. Disponível em: <[https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id\\_trabalho=3740943](https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=3740943)> Acesso em: 24 set. 2017

PEREIRA, Ana e FELDMANN, Marina. Educação popular na contemporaneidade: outras possibilidades. *Rev. Ed. Popular*, Uberlândia, 2015. Disponível em <<http://www.seer.ufu.br/index.php/reveducpop/article/view/30820/pdf>> Acesso em: 21 de fev de 2017

PIAUI. *Caso Amarildo, quatro anos depois*. 2017. Disponível em: <<http://piaui.folha.uol.com.br/lupa/2017/07/14/caso-amarildo-quatro-anos-depois/>> Acesso em: 27 mar 2018

PIO, Danielle e OLIVEIRA, Mônica. Educação em saúde para atenção à gestante: paralelo de experiências entre Brasil e Portugal. In: *Saúde Soc*. São Paulo, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n1/0104-1290-sausoc-23-01-00313.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2017

POHLMANN, Flávia *et al.* Modelo de assistência pré-natal do extremo sul do país. In: *Texto & contexto enfermagem*. Florianópolis: UFSC, 2016. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n1/0104-0707-tce-25-01-3680013.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2017.

PORTO, Dora. O significado da maternidade na construção do feminino: uma crítica bioética à desigualdade de gênero. In: *Revista Redbioética*. UNESCO, 2011. Disponível em: <[http://www.unesco.org/uy/ci/fileadmin/shs/redbioetica/revista\\_3/Porto.pdf](http://www.unesco.org/uy/ci/fileadmin/shs/redbioetica/revista_3/Porto.pdf)>. Acesso em: 12 mai. 2017

PUJANA, IRATI. *Feminismo y maternidad: ¿una relación incómoda?* Conciencia y estrategias emocionales de mujeres feministas en sus experiencias de maternidad. Vitória-Gasteiz: Instituto Vasco de la Mujer, 2014.

PULGA, Vanderleia. A Educação Popular em Saúde como referencial para as nossas práticas na saúde. In: BRASIL. *II Caderno de educação popular em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

R7. *Amigo denuncia que grávida assassinada pelo tráfico foi torturada pela polícia em Niterói*. Rio de Janeiro: R7, Jul. 2011 Disponível em: <<http://noticias.r7.com/rio-de-janeiro/noticias/amigo-denuncia-que-gravida-assassinada-pelo-trafico-foi-torturada-pela-policia-em-niteroi-20110718.html>>. Acesso em: 21 nov. 2016

RAPPORT, Joanne. Más allá de la escritura: la epistemología de la etnografía em colaboración. *Revista Colombiana de Antropología*, v 43, p 197-229, 2007.

RIO DE JANEIRO. *Canteiro de Obras*, n. 19. Rio de Janeiro: Secretaria de Estado de Obras, 2008. Disponível em: <[http://download.rj.gov.br/documentos/10112/243527/DLFE-29828.pdf/Boletim\\_Outubro\\_2008.pdf](http://download.rj.gov.br/documentos/10112/243527/DLFE-29828.pdf/Boletim_Outubro_2008.pdf)>. Acesso em: 13 dez. 2016.

\_\_\_\_\_. *Relatório anual do Comitê Estadual de Prevenção e Controle de Morte Materna e Perinatal do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: 2013.

\_\_\_\_\_. Lei 7.314, de 15 de jun. de 2016. *Sobre a obrigatoriedade das maternidades, casas de parto e estabelecimentos hospitalares congêneres da rede pública e privada do estado do Rio de Janeiro em permitir a presença de doulas*. Rio de Janeiro: 2016.

RISTOFF, Dilvo. *Democratização do campus: impactos dos programas de inclusão sobre o perfil da graduação*. Rio de Janeiro: FLACSO, GEA, UERJ, LPP, 2016. Disponível em: [http://flacso.org.br/files/2017/03/Caderno\\_GEA\\_N9\\_Democratiza%C3%A7%C3%A3o-do-campus.pdf](http://flacso.org.br/files/2017/03/Caderno_GEA_N9_Democratiza%C3%A7%C3%A3o-do-campus.pdf) Acesso em: 15 de out. 17

SAFFIOTI, Heleieth. *Gênero, patriarcado e violência*, São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004.

SALES, Cintia. *Percursos e desafios do programa rede Ceginha na atenção primária a saúde*. 2015. 101 f. Dissertação (Mestrado em SAÚDE COLETIVA) - Desenvolvimento de ação educativa para mulheres com HPV atendidas em um serviço público Universidade de Fortaleza. Fortaleza, 2015. Disponível em: <[https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id\\_trabalho=2816577](https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=2816577)> Acesso em: 22 set 2017.

SANTOS, Milton, *Da Totalidade ao Lugar*. São Paulo: EdUSP, 2012.

SANTOS, Cila. *Da mãe que podemos ser*. Militância materna, Blog, 2017. Disponível em: <<https://militanciamaterna.com.br/da-m%C3%A3e-que-podemos-ser-30b165adec05>> Acesso em: 05 fev. 2018.

SILVA, José. *Direitos civis e relações raciais no Brasil*. Rio de Janeiro: Luam, 1994.

SILVA, Tatiana. Mulheres negras, pobreza e desigualdade de renda. In: DOSSIÊ mulheres negras: retrato das condições de vida das mulheres negras no Brasil. Brasília: Ipea, 2013. p.109-133.

SILVA, Cleilda. *Rodas de conversa utilizadas numa unidade de saúde da família na cidade de Maceió-AL*. Uma análise de sua adequação ao ensino em serviço de saúde. 2014. 102 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino) Universidade Federal de Alagoas. Maceió, 2014. Disponível em:  
<[https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id\\_trabalho=2212665](https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=2212665)> Acesso em: 22 set 2017.

SILVA, Iana. *Ações educativas em hospital de ensino: a efetividade da mudança?* 2014. 40 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino na Saúde) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2014. Disponível em:  
<[https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id\\_trabalho=1330030](https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=1330030)> . Acesso em: 23 set 2017.

SILVA, Fernanda. *Educação permanente em saúde na assistência obstétrica para implementação da Rede Cegonha*. 2016. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino na Saúde) – Universidade Federal de Goiás. Goiânia, 2016. Disponível em:  
<[https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id\\_trabalho=4935238](https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=4935238)> Acesso em: 22 set 2017.

SILVA, Francisco e MAIA, Sidclay. *Narrativas autobiográficas: interfaces com a pesquisa sobre formação de professores*. Teresina: PPGEd, 2010 Disponível em:  
<[http://www.leg.ufpi.br/subsiteFiles/ppged/arquivos/files/VI.encontro.2010/GT.1/GT\\_01\\_22.pdf](http://www.leg.ufpi.br/subsiteFiles/ppged/arquivos/files/VI.encontro.2010/GT.1/GT_01_22.pdf)> Acesso em: 29 set 2017.

SOLNIT, Rebecca. *Os homens explicam tudo para mim*. São Paulo: Cultrix, 2017.

SOUZA, Elizeu. A arte de contar e trocar experiências: reflexões teórico-metodológicas sobre história de vida em formação. *Revista Educação em Questão*, Natal, v 25, Iss 11, p 22-39 2006.

THOME, Lilian. *Saberes de discentes e gestantes sobre a assistência pré-natal e a construção de uma cartilha, em um ambulatório de ensino*. 2015. 112f. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino em saúde na Amazônia) - Universidade do Estado do Pará, Belém: 2016. Disponível em:  
<[https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id\\_trabalho=2916418](https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=2916418)> Acesso em: 24 set 2017.

VALLA, Victor. A crise da interpretação é nossa: procurando entender a fala das classes subalterna. In: BRASIL. *II Caderno de educação popular em saúde*. Brasília: Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa/Departamento de Apoio à Gestão Participativa, 2014. Disponível em:  
<[http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/2\\_caderno\\_educacao\\_popular\\_saude.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/2_caderno_educacao_popular_saude.pdf)>. Acesso em: 24 abr. 2017.

VASCONCELOS, Clivia. *Vínculo nos grupos de promoção à saúde: uma revisão sistematizada da literatura*. 2016. 95 f. Dissertação: (Mestrado em Saúde Coletiva) Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis: 2016. Disponível em:

<[https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id\\_trabalho=3861864](https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=3861864)>. Acesso em: 24 set 2017.

VELHO, Gilberto. Observando o familiar. In: \_\_\_\_\_. *Individualismo e Cultura*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1987.

VENEZUELA. *Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia*. 2007.

WERNECK, Jurema (Org). *Mulheres negras: um olhar sobre as lutas sociais e as políticas públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Criola, 2010.

\_\_\_\_\_. Entrevista. In: *RET-SUS*, 2012.

\_\_\_\_\_. Racismo institucional e saúde da população negra. *Saúde Social*. São Paulo: 2016

WERNECK, Jurema e LOPES, Fernanda (Orgs). *Saúde da população negra*. Brasília: ABPN - Associação Brasileira de Pesquisadores Negros, 2010.

ZANETE; SACRAMENTO. Jovens negras: ressignificando pertencimentos, construindo práticas. In: WERNECK, J. *Mulheres negras: um olhar sobre as lutas sociais e as políticas públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Criola, 2010. p.24-37

## ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO

### TERMO DE CONSENTIMENTO

Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ  
 Faculdade de Educação da Baixada Fluminense - FEBF  
 Programa de Pós-Graduação em Educação, Cultura e  
 Comunicação em Periferias Urbanas – PPGECC



**Pesquisa:** Pairamos – educação popular em saúde com gestantes e puérperas

**Pesquisadora:** Karina de Cássia Caetano

**Orientador (a):** Prof<sup>a</sup>. Dra. Sônia Beatriz dos Santos

**Contatos:** 21999277990 [-karinacaetanos@gmail.com](mailto:-karinacaetanos@gmail.com)

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada (o) a participar como voluntária da pesquisa *Pairamos – educação popular em saúde com gestantes e puérperas*. Objetivamos analisar de que modo as mães e estudantes de medicina participantes do projeto de extensão compreendem as práticas educativas de um grupo de gestantes e puérperas que participam. De modo específico, almejamos 1) Analisar quem são as e os participantes do grupo; 2) Reconhecer quais são e como se constroem as práticas educativas em saúde, suas potencialidades e limites; 3) Compreender como os marcadores sociais da diferença gênero, raça, classe e território implicam nas trocas de saberes vivenciadas no grupo. Lembramos que a sua participação é voluntária, você tem a liberdade de não desejar participar e pode desistir a qualquer momento, sem nenhum prejuízo. Para participar desta pesquisa, não haverá qualquer custo, nem receberá qualquer remuneração e/ou vantagem financeira. Todas as informações que você fornecer serão utilizadas somente para fins de pesquisa. Suas respostas individuais, bem como seus dados pessoais serão mantidos sob sigilo. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pela pesquisadora e a outra será fornecida a você. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados conosco por um período de 5 (cinco) anos e, após este tempo, serão destruídos. Caso deseje ter acesso aos resultados dessa pesquisa, você poderá entrar em contato com a pesquisadora.

Eu, \_\_\_\_\_, portador/a do documento de identidade nº \_\_\_\_\_, fui informado/a dos objetivos desta pesquisa, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo com minha participação e autorizo que os dados produzidos a partir dessa participação sejam utilizados com objetivos acadêmicos e científicos, permitindo seu uso para fins de ensino, pesquisa e publicação. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Niterói-RJ, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.

Assinatura da/o participante

Assinatura da Pesquisadora

**ANEXO B – PLANO DE PARTO****PLANO DE PARTO**

NOME: \_\_\_\_\_

TELEFONE: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

NOME DE ACOMPANHANTE: \_\_\_\_\_

MATERNIDADE DE REFERÊNCIA 01: \_\_\_\_\_

MATERNIDADE DE REFERÊNCIA 02: \_\_\_\_\_

Estamos cientes de nossos direitos e que o parto pode tomar diferentes rumos. Abaixo listamos nossas preferências em relação ao nascimento do nosso bebê. Sempre que os planos não puderem ser seguidos, gostaríamos de ser avisadas e consultadas a respeito das alternativas.

**TRABALHO DE PARTO**

Sem raspagem dos pelos pubianos e lavagem intestinal.

Liberdade para caminhar, escolher a posição que quero ficar e me expressar.

Se possível, ser oferecido e ilimitado de chuveiro, cadeira ou bola.

Quero ser explicada sobre os procedimentos em uma linguagem que eu entenda.

Sei que posso ser consultada e espero ser ouvida.

Sem rompimento artificial de bolsa, toques repetitivos ou medicação em excesso.

Gostaria de um ambiente especialmente calmo e silencioso nesta hora.

Não empurrar minha barriga para baixo.

Não gostaria de cortes na vagina, só se for realmente necessário e avisado.

Se possível, que as luzes fossem diminuídas e o ar condicionado desligado na hora do nascimento.

Gostaria de ter meu bebê colocado de imediato no meu colo com liberdade para amamentar. Acho muito importante o contato pele a pele.

Avaliação constante do meu estado e do bebê.

Quero poder beber água e comer algo adequado.

Quero permanecer com óculos ou dentadura, escolher a roupa do bebê e ter auxílio para não ficar exposta no hospital.

Respeite meu parto. Não preciso de gritos, racismo ou piadas.

**CASO A CESÁREA SEJA NECESSÁRIA**

Gostaria de esperar entrar em trabalho de parto antes do início da cesárea.



Quero a presença do/da acompanhante na sala de parto.

Anestesia: peridural, sem sedação em momento algum.

Na hora do nascimento gostaria que o campo fosse abaixado para que eu possa ver o neném nascer.

Gostaria que as luzes e ruídos fossem reduzidas e o ar condicionado desligado. Após o nascimento, gostaria que colocassem o bebê sobre meu peito e que minhas mãos estejam livres para segurá-lo.

Gostaria de permanecer com o meu filho no contato pele a pele enquanto estiver na sala de cirurgia.

Também gostaria de amamentar o bebê e ter alojamento conjunto o quanto antes.

### **APÓS O PARTO**

Aguardar a expulsão espontânea da placenta.

Quero ter o bebê comigo o tempo todo enquanto eu estiver na sala de parto.

Quero poder fazer um registro desse momento.

Gostaria de receber orientações sobre amamentação.

Quero ser orientada sobre métodos anticoncepcionais.

### **CUIDADOS COM A CRIANÇA**

Eu ou o/a acompanhante receber explicações sobre procedimentos com o bebê.

Quero fazer a amamentação sob livre demanda.

Evitar oferecer água glicosada, bicos ou qualquer outra coisa ao bebê.

Alojamento conjunto o tempo todo. Pedirei para levar o bebê caso esteja necessite de ajuda.

Gostaria de eu ou a/o acompanhante fazer as trocas.

Evitar retirar o vérnix nas primeiras horas.

Receber cartão da criança.

---

Assinatura da mãe

---

Assinatura do obstetra

---

Assinatura do pediatra